

# **FYSIOTERAPIAN HYÖDYNTÄMINEN PÄIHDEKUNTOUTUKSESSA**

Mari Hiltunen

Ulla Korpi-Tassi

Opinnäytetyö  
Elokuu 2014  
Fysioterapian koulutusoh-  
jelma

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Fysioterapian koulutusohjelma

HILTUNEN, MARI & KORPI-TASSI, ULLA:  
Fysioterapian hyödyntäminen päihdekuntoutuksessa

Opinnäytetyö 71 sivua, joista liitteitä 1 sivu  
Elokuu 2014

---

Tämän opinnäytetyön tavoite oli tuottaa tietoa siitä, mitä fysioterapia on päihdekuntoutuksessa. Työn tarkoituksena oli tuotetun tiedon pohjalta tarkastella fysioterapian merkitystä päihdekuntoutuksessa osana moniammatillista yhteistyötä. Tutkimusongelmia oli kolme: Millaisena fysioterapia nähdään osana moniammatillista päihdekuntoutusta? Mitä päihdekuntoutuksessa sovellettava fysioterapia on? Minkälaisia vaikutuksia toteutetulla fysioterapialla on saatu aikaan? Opinnäytetyöhön haastateltiin yhdeksää fysioterapeuttia, jotka kohtasivat työssään päihdekuntoutujia. Kaikkien haastateltujen lähestymistapana oli kokonaisvaltainen fysioterapia. Aineistona oli kuusi teemahaastattelua, joista osa oli yksilöhaastatteluja ja osa ryhmähaastatteluja.

Fysioterapeutit työskentelivät hyvin erilaisissa työympäristöissä. Kaikki haastatellut fysioterapeutit kokivat työnsä arvostetuksi osana moniammatillista työyhteisöä. Fysioterapeutit kokivat, että he voivat auttaa päihdekuntoutujia tutustumaan kehollisuuteensa ja että he voivat antaa kuntoutujille keinoja säädellä olotiloja ja tarjota tietoa kehon toiminnasta. Fysioterapeutit työskentelivät myös päihdekuntoutujien kanssa, joilla ilmeni neurologisia ja tuki- ja liikuntaelimestön vaivoja. Osa fysioterapeuteista teki työtä päihdeperheiden lasten kanssa. Haastateltujen mukaan päihdekuntoutujien kuntoutusjaksot olivat lyhyitä, eikä seuranta jaksojen jälkeen ollut, mutta kuntoutujat olivat antaneet pääasiassa positiivista palautetta fysioterapiasta. Osa kuntoutujista oli kokenut saamansa keinot hyödyllisiksi ja arkea helpottaviksi.

Fysioterapia on harvoin osa päihdekuntoutusta, mutta sen kehollinen lähestymistapa voisi olla avuksi joillekin kuntoutujille. Fysioterapeutit kohtaavat päihdeongelmaa myös muissa työympäristöissä kuin päihdekuntoutuksessa, joten ymmärrys riippuvuusongelmista auttaa kokonaisvaltaisessa ammatillisessa kohtaamisessa. Tässä opinnäytetyössä haastateltiin fysioterapeutteja, mutta olisi mielenkiintoista tutkia myös päihdekuntoutujien kokemuksia fysioterapiasta.

---

Asiasanat: päihdekuntoutus, fysioterapia, riippuvuus, kokonaisvaltaisuus

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree programme in Physiotherapy

HILTUNEN, MARI & KORPI-TASSI, ULLA:  
The Use of Physiotherapy in Substance Abuse Rehabilitation

Bachelor's thesis 71 pages, appendices 1 page  
August 2014

---

The aim of this study was to gather information about the use of physiotherapy in substance abuse rehabilitation. The purpose was to observe the significance of physiotherapy as part of multidisciplinary teamwork. The study was qualitative in nature. The data were collected through theme interviews with physiotherapists who worked with substance abusers. The physiotherapists felt that their work was appreciated by the other members of the multidisciplinary team. Physiotherapists thought that they could help substance abusers to get to know their body and bodily reactions. Explaining reactions was seen important as well as guiding abusers to find ways to cope with reactions in the case of anxiety for instance.

The physiotherapists found it difficult to evaluate the influence of the physiotherapy because of the shortness of rehabilitation periods. Nevertheless, the feedback given by the substance misusers had been mainly positive. Physiotherapy is seldom a part of substance abuse rehabilitation. However, the bodily approach might be useful to some substance misusers. There are a lot of substance related problems in our society. Thus understanding dependency as phenomenon helps physiotherapists working in different fields of health care to encounter patients.

---

Key words: physiotherapy, holistic approach, addiction, substance abuse rehabilitation

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	NÄKÖKULMIA RIIPPUVUUTEEN.....	7
2.1	Riippuvuus yhteiskunnallisena ilmiönä.....	7
2.2	Riippuvuusteorioita.....	9
2.2.1	Lääketieteellisiä riippuvuusteorioita.....	10
2.2.2	Psykologisia riippuvuusteorioita.....	12
2.2.3	Riippuvuuden biopsykososiaalinen malli.....	14
2.3	Riippuvuudesta toipuminen.....	15
2.3.1	Alkuun toipumisen polulla.....	15
2.3.2	Malleja toipumisesta prosessina.....	16
2.4	Päihderiippuvuus ja mielenterveysongelmat.....	19
3	PÄIHDEHUOLTO JA -KUNTOUTUS.....	21
3.1	Päihdekuntoutusta säätelevät lait.....	21
3.2	Päihdehuollon hoitojärjestelmät ja päihdepalvelut.....	21
4	FYSIOTERAPIA OSANA PÄIHDEKUNTOUTUSTA.....	25
4.1	Psykofyysinen lähestymistapa.....	25
4.2	Tutkimuksia kehollisesta työskentelystä päihdekuntoutuksessa.....	27
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	30
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	31
6.1	Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toteutus.....	31
6.2	Tutkimusaineisto.....	32
7	TULOKSET.....	34
7.1	Päihdekuntoutuksen moniammatillinen luonne.....	34
7.2	Päihdekuntoutuksessa toteutettava fysioterapia.....	35
7.2.1	Päihteettömän kehonkuvan harjoittuminen.....	36
7.2.2	Olotilan tasapainottuminen.....	42
7.2.3	Kehon ja mielen toiminnan sekä reaktioiden ymmärtäminen.....	45
7.2.4	Vuorovaikutus ja kohtaaminen.....	47
7.2.5	Neurologista sekä tuki- ja liikuntaelimestön fysioterapiaa.....	48
7.2.6	Päihdeperheiden lasten fysioterapiaa.....	50
7.3	Fysioterapian vaikutuksia.....	53
8	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	57
9	POHDINTA.....	58
	LÄHTEET.....	65
	LIITTEET.....	71
	Liite 1. Teemahaastattelun runko.....	71

## 1 JOHDANTO

Alkoholi aiheuttaa Suomessa arviolta lähes miljardin euron laskun vuosittain. Huumeiden käyttö maksaa valtiolle noin 230 miljoonaa euroa vuodessa. Toisaalta alkoholivero tuotti vuonna 2012 valtiolle 1,4 miljardia euroa ja alkoholiteollisuuden ja tukkukaupan palveluksessa työskentelee 6000–7000 ihmistä. Päihteiden käytön ongelmia hoitavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, poliisit ja muut lainvalvojat sekä apteekki- en, rikosseuraamuslaitoksen ja eri kansalaisjärjestöjen henkilökunta. (Raento & Tammi 2013, 12.)

Päihdetilastollisen vuosikirjan mukaan vuonna 2012 alkoholinkulutus Suomessa oli 9,2 litraa puhdasta alkoholia asukasta kohden. Alkoholinkäyttöön liittyviä kuolemia tilastoi- tiin samana vuonna 2532. Tähän lukuun lasketaan alkoholisairauksiin ja -myrkytyksiin kuolleet sekä alkoholin vaikutuksen alaisina tapaturmissa tai väkivaltaisesti menehty- neet. Huumeiden käyttömääristä ei ole yhtä tarkkaa tilastoa, mutta huumemyrkytys- kuolemia vuonna 2011 oli 165 (Suomen virallinen tilasto 2013 21, 29–32). Päihteiden- käytön ongelmat eivät kohdistu ainoastaan päihteiden käyttäjiin, sillä esimerkiksi kuo- lemaan johtaneiden liikenneonnettomuuksien kuljettajista 17,9 prosenttia oli alkoholin vaikutuksen alaisia. Myös pahoinpitelyrikoksista yli puolet tehtiin alkoholin ja kaksi prosenttia jonkin muun päihteen vaikutuksen alaisena. (Suomen virallinen tilasto 2013, 32–33.)

Päihdetilastojen ulkopuolelle jää inhimillinen kärsimys, jota erilaiset riippuvuudet aihe-uttavat sekä riippuvaiselle että tämän perheelle ja muulle lähipiirille. Vuonna 2004 teh- dyn Lasinen lapsuus -kyselyn mukaan joka kymmenes suomalaisista on elänyt lapsuu- tensa perheessä, jossa liiallinen alkoholin tai muiden päihteiden käyttö on aiheuttanut vastaajalle ongelmia tai haittaa. Lukuna se tarkoittaa noin puolta miljoonaa ihmistä. (Peltoniemi 2005, 3.) Perheen elämää määrittävät raittiiden ja päihdekausien vaihtelu. Päihde on perheessä läsnä, vaikkei aktiivinen käyttöjakso olisikaan meneillään. Usein ajatellaan myös, että perheen päihderiippuvaisen jäsenen raitistuttua kaikki ongelmat ratkeavat, vaikka näin ei ole. (Tuomola 2012, 147). Tehokas päihderiippuvuuden hoito on siis muutakin kuin päihteestä vieroittumista. Siinä on otettava laajemmin huomioon yksilö ja tämän ympäristö.

Päihdeongelmien yleisyys on näkynyt koulutusohjelmamme käytännön harjoittelujaksoilla. Siksi koemme tärkeäksi ymmärtää riippuvuutta ilmiönä ja sen vaikutuksia päihdeiden käyttäjän elämään. Aihetta ei ole juurikaan käsitelty fysioterapeutin peruskoulutuksessa, mutta harjoitteluissa päihdeongelmat ovat vaikuttaneet joihinkin asiakastilanteisiin. Itsenäisenä ongelmana sitä ei ole fysioterapiassa huomioitu. Aloimme pohtia, voisiko fysioterapialla olla jotain annettavaa päihdekuntoutuksessa.

Fysioterapeutin peruskoulutuksen aikana olemme pohtineet paljon ihmiskäsitystä ja tutustuneet psykofyysiseen fysioterapiaan. Koemme sen itsellemme sopivana lähestymistapana fysioterapeutin työhön. Tätä käsitystä ovat vahvistaneet käytännön harjoittelujen kokemukset siitä, miten kuntoutuja on kohdattava kokonaisena ihmisenä. Aiheeseen tutustuessamme huomasimme, että Suomessa päihdekuntoutuksen kentällä toimii muutamia fysioterapeutteja. Teoriatietoa ja tutkimusta fysioterapian soveltamisesta päihdekuntoutuksessa oli kuitenkin vaikea löytää. Vieraillessamme syksyllä 2013 Pispalan Päihde- ja Mielenterveyspäivässä huomasimme, että fysioterapian soveltamisesta päihdekuntoutuksessa ei juurikaan tiedetty. Erilaisia liikunta- ja rentoutumisryhmiä kuntoutuspaikkojen päiväohjelmissa kyllä oli, mutta ohjaajina toimi liikunta- ja sosiaalialan ammattilaisia. Tästä saimme kimmokkeen aiheellemme: Mitä fysioterapia on suomalaisessa päihdekuntoutuksessa? Minkä verran sitä on ja mihin sillä pyritään vaikuttamaan?

## 2 NÄKÖKULMIA RIIPPUVUUTEEN

Tässä luvussa kuvataan riippuvuutta ilmiönä sekä erilaisia malleja ja teorioita, joita tutkijat ovat muodostaneet riippuvuudesta ja siitä toipumisesta. Päihderiippuvuus voidaan määritellä tietyin perustein sairaudeksi ja se on usein yhteydessä mielenterveyden ongelmiin. Päihderiippuvuuden ja mielenterveysongelmien monimutkaista suhdetta esittelemme myös lyhyesti. Vaikka niillä on yhteys, usein ei osata sanoa, kumpi johtuu kummasta. Kaksoisdiagnoosi tarkoittaa sitä, että ihmisellä on sekä päihde- että mielen-terveysdiagnoosi.

### 2.1 Riippuvuus yhteiskunnallisena ilmiönä

Arki perustuu toistoon. Arkeamme rytmittävät samankaltaisina toistuvat rutiinit, tavat ja tottumukset, jotka samalla pitävät yllä yhteiskunnallista järjestystä ja kulttuurisia normeja. (Raento & Tammi 2013, 8.) Toistokäyttäytyminen on tapa luoda turvallisuutta, jatkuvuutta sekä hallinnan tunnetta nyky-yhteiskunnassa, joka tarjoaa rajattomasti vaihtoehtoja. Ulkopuolisen silmissä fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta muistuttava käyttäytyminen, kuten joka päivä toistuva iltalenkki, saa yksilön omissa kulttuurisissa ympäristöissä mielekkään merkityksen. (Salasuo 2013, 107–108.) Kun toistossa on kyse riippuvuudesta, yksilö on menettänyt tilanteen hallinnan ja riippuvuudet hankaloittavat arkea, koska ne ottavat ylivallan arjen muista toiminnoista (Raento & Tammi 2013, 8). Riippuvuudet syntyvät siis toistuvista käytännöistä. Toiston myötä ne tulevat itselle näkyvämmiksi samalla kun ne alkavat vahvistaa itseään. Yhteiskunnallisesti riippuvuudet vaativat syntyäkseen myös aineellisen ympäristön. Internetriippuvuutta ei voi syntyä, jos eletään yhteiskunnassa, jossa ei ole riittävää teknologiaa käytettävissä. (Ruckenstein 2013, 165–166.)

Jotkin riippuvuudet jopa ylläpitävät taloutta kuten työriippuvuus, joka voidaan nähdä yhteiskunnan tukemana hyveenä (Besonoff & Kinnunen 2013, 181.) Esimerkiksi lenkkeily- ja kokaiiniriippuvuuteen suhtaudutaan hyvin eri tavoin. Alkoholi- ja nikotiiniriippuvuus aiheuttavat huolta ja niitä pidetään vahingollisina sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Huumeriippuvuus aiheuttaa suoranaista pelkoa. Toisaalta myös hillitön työriippu-

vuus kuluttaa yhteiskunnan ja yksilön voimavaroja. Aikakausi ja kulttuuriympäristö vaikuttavat siihen, mitä pidetään sopivana. (Raento & Tammi 2013, 7–8.)

Riippuvuudet ovat myös ajallisesti yhteiskunnasta riippuvaisia, sillä yhteiskunnan arki vaatii samantahtisuutta. Jos henkilön ajatukset ja tekeminen pyörivät tietyn toiminnan tai haitallisen aineen ympärillä, yhteiskunnan samantahtisessa rytmissä pysymisestä tulee mahdotonta. Se aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta. Riippuvuuksien arki on toinen kuin yhteiskunnassa vallitseva arki. Riippuvuuksien yhteiskunnallinen sidonnaisuus ei kuitenkaan poista yksilön osuutta riippuvuuden synnyssä. (Ruckenstein 2013, 166, 179–180.)

Riippuvuuskäyttäytymistä voidaan ajatella myös ajan henkenä ja osana kulutuskulttuuria. Riippuvuuksia ylläpidetään tietoisesti ja tiedostamatta kasvun, kehityksen ja kilpailun nimissä. Jatkuvan kasvun paktoon perustuva rahatalous vaatii jatkuvaa kulutusta ja täten vaihtuvia haluja sekä uusia liiketoiminnan muotoja. (Besonoff & Kinnunen 2013, 181.) Länsimaisen markkinatalouden edellytykseksi voidaan siis ajatella pyrkimys synnyttää riippuvuuksia tuotteista, tavaroista ja palveluista. Kuluttamisesta voi tulla osa shoppailijan identiteettiä samoin kuin heroiinista muodostuu osa käyttäjänsä minäkuva. (Tammi & Raento 2013, 201.)

Riippuvuudet ovat sukua toisilleen. Tutkimuksissa onkin todettu, että ihminen saattaa riippuvuudesta toipuessaan kehittää tilalle korvaavan riippuvuuden toiseen nautintoaineeseen tai toimintaan. Erilaiset riippuvuudet voivat olla keskenään hyvinkin samankaltaisia tai toisaalta palvella erilaisia päämääriä. Yhteisesti voidaan sanoa, että ne lievittävät ahdistusta, syyllisyyttä ja depressiota. (Knuuti 2007, 114.) Riippuvuuksien samankaltaisuuksista on saatu tietoa myös neurotutkimuksen puolella. Esimerkiksi sairaalloisen uhkapelaamisen on todettu aktivoivan samoja hermoratoja aivoissa kuin päihteiden käytön. (Kuhar 2012, 129.)

Riippuvuus on myös liiallisen käyttäytymisen lääketieteellinen määritelmä. Riippuvuutta on tutkittu runsaasti, mutta edelleen lääketieteessä, psykologiassa ja neurotieteissä ollaan eri mieltä siitä, miksi ja kenelle riippuvuus syntyy, ja mikä sen korjaamiseen teepii. Nykyisin riippuvuusdiagnoosi rajoittuu päihderiippuvuuteen, jolla tarkoitetaan riippuvuutta keskushermostoon vaikuttavista aineista. Toiminnalliset riippuvuudet, kuten rahapelihimo, ovat kuuluneet tähän asti impulssikontrollihäiriöiden luokkaan. Kuitenkin



psykiatriassa ollaan kallistumassa tulkintaan, että myös toiminnasta voi tulla riippuvaiseksi. (Raento & Tammi 2013, 18–19.)

Lääketieteellisesti riippuvuutta pidetään sairautena, jonka seurauksena ihminen on menettänyt kyvyn kontrolloida omaa tahtoaan. Sairautta voidaan näin ollen hoitaa vahvistamalla yksilön heikentyntä tahtoa. Esimerkiksi alkoholismien kohdalla riippuvuuden pitäminen sairautena on yritys määritellä jatkuva tai muuten haitallinen päihtymys moraalisesti neutraaliksi. Tällöin kontrollin pettämiseen ja ylettömään käytökseen liittyvä häpeä ja halveksunta vähenevät. Ne saattavat haitata avun hakemista. Sairauskäsitys puolestaan pyrkii neutraloimaan yksilön vastuun sairaudesta, mutta antaa moraalista painoa hänen tahdolleen parantua. Vaikka keskittyminen yksilön psyykeen ja itsehallintakyvyn paranemiseen on potilasta hoidettaessa tärkeää, riippuvuuden käsittäminen sairautena sivuuttaa kulttuurin ja yhteiskunnan vaikutuksen ja vastuun riippuvuuden muodostumisessa. (Ruuska & Sulkunen 2013, 33–36, 49.)

Riippuvuuskäyttäytymistä voidaan pitää yleismaailmallisena inhimillisen käyttäytymisen piirteenä, mikäli sitä tarkastellaan mielihyvän fysiologian näkökulmasta. Tutkimukset ovat tarjonneet tietoa aivokudoksissa muodostuvista riippuvuuskytkennoistä. Lisäksi erilaiset riippuvuuteen liittyvät kemialliset tai sosiaaliset ärsykkeet vaikuttavat hormoni-toimintaan ja nimenomaan oksitosiinihormonin eritykseen. Tällaisia ärsykeitä voivat olla esimerkiksi alkoholin nauttiminen tai hellä kosketus. Koska keuhollisuus on vahvasti yhteydessä kulttuuriin, yksilö valitsee keinoja toteuttaa myötäsytymistä riippuvuuskäyttäytymistä omassa kulttuuriympäristössään. (Besonoff & Kinnunen 2013, 198.)

## 2.2 Riippuvuusteorioita

Tämän päivän lääketieteellinen addiktio tutkimus jakautuu kahteen teoreettiseen näkökulmaan. Toisen mukaan riippuvuuksilla on geneettinen perusta kun taas neuroadaptaatioteorian pohjalta tutkitaan, miten aivot tottuvat addiktiiviseen toimintaan ja vaativat sen jatkamista. Psykologisissa tulkinnoissa riippuvuudesta keskeiseksi nousee motivaatio ja sen häiriötilat. Motivaatiojärjestelmien selvittämistä ja muuttamista riippuvuuskäyttäytymisessä on viime aikoina tutkittu. Myös motivaatioon perustuvia menetelmiä on kehitetty kuten motivoiva haastattelu. (Raento & Tammi 2013, 19–20.)

Päihderiippuvuuksista erityisesti alkoholismia on tutkittu paljon. Tutkimuksiin perustuen on muodostettu erilaisia malleja ja teorioita alkoholismista sairautena. Mallit eroavat toisistaan sen mukaan, onko niissä painotettu alkoholin aiheuttamia fyysisiä, psyykkisiä vai hengellisiä vaikutuksia alkoholismien kehittämisessä ja alkoholista vieroittumisessa. Näkökulmiin vaikuttavat tutkijoiden edustamat tieteenalat sekä heidän suhtautumisensa alkoholiin. (Thombs 2006, 18–20.)

Riippuvuuksia tutkittaessa ja riippuvuutta sairastavia kohdatessa tulee muistaa, että riippuvuuden syntyyn on lukuisia syitä. Riippuvuus voi johtua perinnöllisistä ja psyykkisistä tekijöistä sekä ympäristötekijöistä. Jokaisen päihderiippuvuutta sairastavan kohdalla syyt ovat yksilölliset ja niiden painoarvo vaihtelee yksilöiden välillä (Thombs 2006, 23). Näin ollen myös hoidon ja kuntoutuksen sisältö on suunniteltava jokaista kuntoutujaa yksilöllisesti tukevaksi.

### **2.2.1 Lääketieteellisiä riippuvuusteorioita**

Päihderiippuvuutta pidetään joissain tutkimuksissa lääketieteellisesti primäärinä eli ensisijaisena sairautena. Tämä tarkoittaa, että päihderiippuvuus ei ole jonkin toisen tilan aiheuttama. Tällöin ajatellaan, ettei riippuvuus ole seurausta esimerkiksi psyykkisestä häiriöstä, stressistä tai liiallisesta alkoholin käytöstä. Sen sijaan riippuvuus aiheuttaa tämän kaltaisia oireita. Toisissa tutkimuksissa ja usein yleisessä keskustelussa mielletään alkoholiriippuvuuden aiheutuvan liiallisesta juomisesta, johon ovat voineet johtaa psyykkiset sairaudet, tunne-elämän vaikeudet sekä persoonallisuuden piirteet kuten vasuttomuus. (Thombs 2006, 21–22.)

Maailman terveysjärjestön ICD-10 tautiluokituksen diagnoosikriteeristön mukaan päihderiippuvuuden diagnosointi perustuu puhtaasti päihdyttävien aineiden käyttöön, joten tautiluokituksessa päihderiippuvuutta ajatellaan lääketieteellisesti primäärinä sairautena. ICD-10 -luokituksessa päihteiden käyttöön liittyy kuusi määritelmää, joista kolmen kriteerin täytyttyä samanaikaisesti 12 kuukauden ajanjaksolla henkilö voidaan diagnosoida päihderiippuvaiseksi. Näitä määritelmiä ovat päihteenkäytön pakonomaisuus, vieroitusoireet, sietokyvyn kasvu, päihteen käytön hallinnan heikkeneminen, päihteen käytön

muodostuminen keskeiseksi asiaksi elämässä ja päihteen käytön jatkuminen haitoista huolimatta. (Ruismäki 2006, 16.)

Alkoholia käytetään usein sen piristävien, positiivisia tunnetiloja ja mielihyvää aiheuttavien vaikutusten vuoksi. Nämä vaikutukset edistävät alkoholin käyttöä riippumatta siitä, tiedostaako käyttäjä vaikutukset vai ei. Vähitellen käyttäjälle muodostuu halu saada alkoholia, joten alkoholin käyttöä keskeisesti ohjaava tekijä on alkoholi itse. Huumeet voidaan rinnastaa alkoholiin riippuvuutta aiheuttavina aineina, sillä molemmat vaikuttavat aivojen keskeisiin mielihyvätointoihin. (Kiianmaa 2013, 43.)

Riippuvuuden voidaan katsoa aiheutuvan päihteen, esimerkiksi alkoholin, toistuvasta käytöstä ja se voi muodostua elinikäiseksi aivojen sairaudeksi. Riippuvuus kehittyy asteittain ja se on itse aiheutettu. (Kiianmaa 2013, 43–44.) Päihteiden toistuva käyttö aiheuttaa aivoissa sopeutumismuutoksia kuten toleranssin muodostumista ja herkistymistä joillekin päihteiden vaikutuksille (Berridge & Robinson 2011, 22). Toleranssi vähentää esimerkiksi alkoholin päihdyttävää vaikutusta. Toisaalta aivojen herkistyminen alkoholille voimistaa aineen mielihyvävaikutuksia. Sopeutumisilmiöt yhdessä myötävaikuttavat suurenevien alkoholimäärien käyttämiseen ja alkoholiriippuvuuden syntyyn. Herkistymisen aiheuttamat muutokset säilyvät aivoissa pidempään kuin toleranssi. Myös päihteiden käytön lopettamista seuraavat fyysiset vieroitusoireet ovat merkki kehon sopeutumisesta päihteisiin. (Kiianmaa 2013, 43–44.)

Alkoholin vieroitusoireet vaihtelevat vakavuudeltaan ja muodoiltaan yksilöiden välillä hermostuneisuudesta psykoosiin ja voivat johtaa jopa kuolemaan. Huumeiden aiheuttamat vieroitusoireet ovat usein paljon epämiellyttävämpiä kuin alkoholin. Psykoaktiivisten aineiden kuten opiaattien, heroiinin, kokaiinin ja näiden kaltaisten huumeiden käyttö saattaa johtaa vieroitusoireyhtymän kehittymiseen. Tällöin aineista riippuvainen hankkii aineet välttääkseen epämukavat oireet. (Thombs 2006, 21.) Vieroitusoireet ilmenevät usein hermostollisina oireina kuten hermostuneisuutena, hermoston yliherkyytenä ja vapinana. Muita oireita ovat esimerkiksi univaikeudet, hikoilu, pahoinvointi, ahdistuneisuus ja masentuneisuus. Fyysinen riippuvuus ja vieroitusoireet ovat kuitenkin vain yksi päihderiippuvuuden oireista. Vieroitusoireet eivät ole selittävä tekijä riippuvuuden syntyyn. Erityisesti alkoholin kohdalla vieroitusoireiden välttäminen riippuvuutta ylläpitävänä tekijänä on kiistanalainen. (Kiianmaa 2013, 44–45.)

Päihderiippuvuuteen liittyy usein kykenemättömyys pidättäytyä päihdyttävästä aineesta. Tämä saattaa johtaa päihteen käytön uudelleen aloittamiseen, vaikka henkilö olisi motivoitunut raittiuteen ja ollut käyttämättä päihdyttäviä aineita. Tätä kutsutaan retkahdukseksi. Retkahdus saattaa tapahtua kuukausien tai vuosienkin päästä päihteen käytön lopettamisesta. Retkahtamiseen saattavat johtaa esimerkiksi päihteen käyttöön liittyvät virikkeet, stressi tai satunnainen alkoholin maistaminen. Tilanteet, seura tai paikat, joihin päihteen käyttö yhdistetään, saattavat myös olla alku uudelle päihdekierteelle. (Kii-  
anmaa 2013, 45.)

Päihdekulttuurissa laillisia päihteitä ja muita päihtymistarkoituksessa käytettäviä aineita käytetään sekaisin, mikä on vaikeuttanut päihdeongelman kliinistä määrittelyä (Matela & Väyrynen 2008, 227; Holopainen 2003, 446). Sekakäyttö saattaa tarkoittaa hyvin erilaisia päihteenkäytön muotoja. ICD-10 -tautiluokituksissa tämä on huomioitu siten, että sieltä löytyy sekä tarkemmin määrittelemättömien päihteen väärinkäyttö että riippuvuus niistä. (Holopainen 2003, 446.)

Perintötekijöillä on todistettu olevan voimakas yhteys päihteen käyttöön. Käytön aloittamiseen perintötekijät eivät vaikuta, mutta käytön jatkumiseen ja riippuvuuden muodostumiseen niillä on merkittävä vaikutus. (Kii-  
anmaa 2013, 43.) Perintötekijöiden osuus riippuvuuden muodostumiseen on pystytty osoittamaan kaksostutkimuksin ja eläinkokein. Niiden aiheuttamaa altistumista riippuvuuksille vahvistaa entisestään perheen sisältä tullut malli käyttää liikaa päihteitä. Perintötekijät eivät kuitenkaan väistämättä johda päihderiippuvuuteen eivätkä ole määräävä tekijä sen synnyssä. Riippuvuuden muodostumisen on todettu tutkimuksissa olevan perintö- ja ympäristötekijöiden summa. (Thombs 2006, 23–24).

### **2.2.2 Psykologisia riippuvuusteorioita**

Perintötekijöiden, päihteen mielihyvää tuottavien vaikutusten, ympäristön sekä kulttuurin vaikutuksen lisäksi ihmisen henkilökohtaisessa historiassa on voinut olla tapahtumia, jotka ovat vaikuttaneet psyykkiseen kehitykseen ja näin altistaneet päihteen väärinkäytölle. Lapsuuden tapahtumien ja kehityskulkujen on todettu ennakoivan päihdeongelmia myöhemmällä iällä. Varsinkin lapsuudessa kohdatut vaikeudet ja niiden vaikutukset itsetuntoon ja pystyvyysodotuksiin voivat lisätä alttiutta psyykkisiin oirei-

siin ja päihdeongelmiin. Pystyvyysodotuksilla tarkoitetaan yksilön käsitystä siitä, kykeneekö hän tiettyyn toimintoon. Lapsuuden ongelmakäyttäytyminen heijastelee vaikeuksia sosiaalisten roolien muodostamisessa ja epäsosiaalinen käytös on luonteeltaan kumuloituvaa. Myös elämän negatiiviset käännekohdat altistavat päihdeongelmille. Kun päihteiden käytön motiivit lisääntyvät, lisääntyy päihteiden käyttökin helposti. (Kuusisto 2010a, 33–34.)

Psykologisissa teorioissa, kuten Eriksonin psykososiaalisessa kehitysteoriassa tai Mahlerin psykoanalyttisessa separaatioindividuaaliteoriassa, ihmisen kehittymiseen kuuluvat lapsuuden riippuvuuteen perustuvat ihmissuhteet. Onnistuneet ja positiiviset riippuvuussuhteet ovat perusta myöhemmälle riippumattomalle kehitysvaiheelle. Mahlerin mukaan myönteisessä riippuvuussuhteessa saatu toistuva mielihyvä tukee ihmisen kehitystä ja johtaa mielihyvän hakemiseen haitattomista lähteistä aikuisuudessa. Konstruktivistisissa teorioissa sen sijaan riippuvuus nähdään poikkeavana sosiaalisena käyttäytymisenä. (Holmberg 2010, 42–43.)

Riippuvuusongelmissa on kyse myös motivaatio-ongelmasta. Motivaatiojärjestelmä koostuu voimista, jotka vaikuttavat ihmisen tiedostettuihin ja tiedostamattomiin valintoihin. Näin ollen motivaatiojärjestelmä suuntaa ihmisen käyttäytymistä. Ihmisen toiminnassa motivaatio ilmenee monella tasolla kuten välittömissä reaktioissa, haluissa, arvoissa, uskomuksissa, tavoitteellisissa suunnitelmissa sekä toiminnassa. Riippuvuus voidaan ymmärtää motivaatiojärjestelmän pitkäkestoiseksi häiriötilaksi, jossa ihminen alkaa kohtuuttomasti suosia jotain välittömästi palkitsevaa, mutta seurauksiltaan haitallista käyttäytymistä. (Koski-Jännes 2008, 7.)

Aiemmin motivaatio on nähty muuttumattomana piirteenä, jota on tai ei ole. Esimerkiksi päihdekuntoutuksessa muutosmotivaation puutetta on pidetty syynä hoidon epäonnistumiseen. Motivaatiota on pidetty usein kuntoutujan eikä päihdetyöntekijöiden vastuualueeseen kuuluvana asiana. Nykyisen käsityksen mukaan motivaatio on dynaaminen ja vaihteleva ilmiö, jota voidaan muuttaa muun muassa sosiaalisen kanssakäymisen keinoin. Motivaatioon sisältyy ihmisen kokemia mielihaluja sekä ulkoisia paineita ja tavoitteita, käyttäytymisestä seuraavien riskien ja etujen havaitsemista sekä tiedollista arviointia tilanteesta. Vaikka motivaatio on yksilöllinen, siihen vaikuttavat ympäristötekijät ja vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa. Voidaan ajatella, että motivaatio on to-

dennäköisyyttä sille, että henkilö aloittaa elämänmuutosprosessin ja sitoutuu siihen. (Miller 2008, 17–19.)

### 2.2.3 Riippuvuuden biopsykososiaalinen malli

Sosiaalipsykologian professori Koski-Jännes (2004) on kuvannut riippuvuutta biopsykososiaalisen mallin avulla. Siinä addiktiivista käytöstä kuvataan toimintamallin avulla, jossa käytöksestä seuraa välitön mielihyvä, joka ei kuitenkaan ratkaise ongelmia pitkällä ajanjaksolla. Riippuvuuden oppimista ja vahvistamista edistää mielihyvän tunne. Yksilön ulkoiset ja sisäiset mallit ohjaavat käytöstä ja luovat valmiuden ajatella ja tuntea. Yksilöllä tulee olla myös motoriset valmiudet opittuna, jotta riippuvainen käytös on mahdollista. Riippuvuuteen liittyvät aivoissa tapahtuneet neuropsykologiset muutokset, jotka altistavat riippuvaiselle käytökselle. Kun kaikki käytöksen osa-alueet ovat opittuina, riippuvainen käytös voi muuttua täysin spontaaniksi ja automaattiseksi. Tällöin yksilön ei tarvitse suunnitella käytöstään etukäteen vaan se tapahtuu aivan kuin itsestään, ja saatu hetkellinen mielihyvä entisestään vahvistaa käytöstä. (Koski-Jännes 2004, 56–57.)

Addiktiivisen käytöksen muututtua spontaaniksi sitä ylläpitävät tiedostamattomat prosessit ja aivokemialliset reaktiot. Toimintaan pystytään vaikuttamaan, mutta se vaatii tietoista ponnistelua ja keskittymistä. Addiktiivisesta käytöksestä johtuvat negatiiviset seuraukset tulevat viiveellä, mikä aiheuttaa ongelmien kieltämistä ja puolustautumisen tarvetta. Kun negatiivisia seurauksia alkaa ilmetä, on addiktiivinen käytös usein muuttunut jo spontaaniksi. Jos addiktiivinen käytös auttaa tyydyttämään jonkin perustarpeen kuten turvallisuuden tunteen, henkilö keksii todennäköisesti minkä tahansa omasta mielestään järkevän syyn jatkaa addiktiivista käytöstään ilmaantuneista negatiivisista seurauksista huolimatta. Käyttäytyminen aiheuttaa näin ollen noidankehän, jossa asiat menevät jatkuvasti huonompaan suuntaan. Riippuvuuden biopsykososiaalisen mallin tarkoituksena on tehdä riippuvuuden muodostuminen ymmärrettäväksi sekä päihdekuntoutuksen asiakkaille että heidän kanssaan työskenteleville ammattilaisille. Yhteinen tietoisuus ongelman luonteesta voi auttaa toipumaan riippuvuudesta. (Koski-Jännes 2004, 57–59, 61–63.)

## 2.3 Riippuvuudesta toipuminen

Sytä päihderiippuvuudesta toipumiseen tai toipumisprosessin alkamiseen on monenlaisia, mutta usein addiktiivisen käytöksen vuoksi tapahtuneet, yleensä negatiiviset asiat ja niiden kerääntyminen, virittävät muutosta. Perustana toipumiselle on yksilöllinen kokemusmaailma. (Knuuti 2007, 36; Blomqvist 2004, 151–152.) Motivoituminen päihteiden käytön lopettamiseen vaatii tietoisien kiinnostuksen heräämisen raittiutta kohtaan. Tässä vaiheessa vallitseva elämäntapa on ristiriidassa henkilön elämälleen asettamien toiveiden ja odotusten kanssa. Entiset käsitykset arjesta eivät riitä ratkaisemaan tätä ristiriitaa, joten henkilön täytyy alkaa rakentaa uusia ratkaisu- ja selitysmalleja ongelmiinsa. (Knuuti 2007, 37.)

Ihmisen perusolemukseen kuuluu pyrkimys säilyttää tai löytää eheä minäkuva. Toipumisprosessin alettua ihmisen täytyy käydä uudestaan läpi kysymyksiä kuten “kuka minä olen” ja “mihin minä olen menossa”. Toipumisen edellytyksenä on usein irtaantuminen riippuvuuskulttuurista ja päihteiden käyttäjän identiteetistä. Toipumisprosessin aikana ihmisen on opittava tuntemaan raitis minä, johon ei välttämättä ole aiemmin ehtinyt, halunnut tai uskaltanut tutustua. (Knuuti 2007, 37.) Raitis minä käsittää sekä psyykkisen että kehollisen puolen. Yhtä tärkeää kuin tutustua henkiseen minään, on tutustua keholliseen minään, joka voi olla täysin vieras päihteiden oltua yhteys kehon ja mielen välillä. (Karjalainen 1995, 9).

### 2.3.1 Alkuun toipumisen polulla

Koski-Jänneksen (2004) mukaan on useita tekijöitä, jotka johtavat pois pääsyyn addiktiivisen käyttäytymisen noidankehästä. Lääkitys voi auttaa päihteiden käytön lopettamisessa varsinkin, jos aivojen biokemiallisessa toiminnassa on ehtinyt tapahtua muutoksia. Lääkitys ei kuitenkaan saa olla pääasiallinen hoitomuoto, vaan se tukee muuta kuntoutusta. Tärkeää on lisätä addiktiivisesti käyttäytyvän henkilön tietoisuutta tilanteesta ja asioista, jotka ylläpitävät riippuvuutta. Tietoisuutta voi lisätä ympäristötekijöiden muutos kuten onnettomuus. Motivointiinkin tulee kiinnittää huomiota, koska kuntoutuja on todella haluttava muutosta, jotta se voi tapahtua. Kuntoutuja hyötyy myös siitä, että hänet hyväksytään ehdoitta sellaisena kuin hän on, jolloin puolustautumisen tarve vähenee. (Koski-Jänne 2004, 60–62.)

Päihteiden tilalle tulisi löytää jokin muu mielihyvän lähde ja elämään tarkoitus. Tällaisia voivat olla perhe, työ, toisten ihmisten auttaminen, uusi harrastus tai vanhojen unelmien henkiin herättäminen. Pienempi tai suurempi elämänmuutos liittyy tavallisesti riippuvuudesta paranemiseen. Elämänmuutoksessa auttavat usein vertaistuki, keskusteluryhmät ja läheisten tuki. (Koski-Jännes 2004, 61–62.) Vertaisryhmien eli AA:n (Alcoholics Anonymous) tai NA:n (Narcotics Anonymous) ideologioissa korostetaan addiktiin roolin omaksumista ja myöntämistä. Addikti on edeltäneessä elämässään käyttänyt päihteitä, mikä on johtanut ongelmiin. Näin ollen addikti ei voi tulevaisuudessa käyttää päihteitä ollenkaan. Kohtuukäyttöä ei pidetä varteen otettavana vaihtoehtona. Ehdottomuuden kulttuuri päihteettömyydessä tukee toipumista. Toisaalta se sulkee toiminnasta pois päihdekuntoutujia, jotka haluavat itse prosessoida näkökulmansa päihteiden käyttöön. (Knuuti 2007, 126–129.) Elämänmuutoksen toteutuminen vaatii aikaa ja omistautumista. Itsekunnioituksen löytyminen on tärkeä osa muutosta, jotta kuntoutuja voi kokea itsensä muutoksen arvoiseksi. (Koski-Jännes 2004, 62–63.)

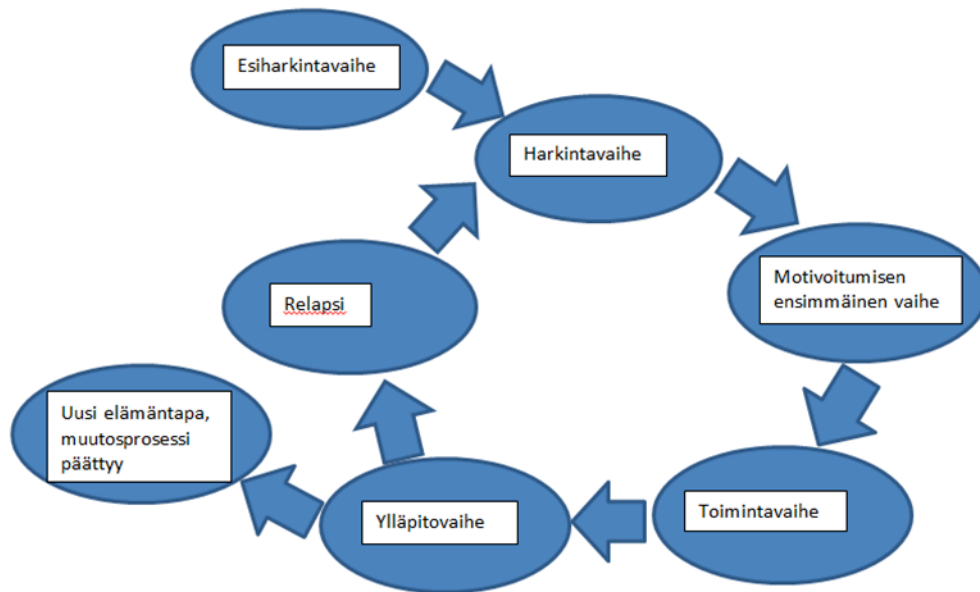
Käsitys riippuvuudesta sairautena korostaa, että kyseessä on yksilön ongelma. Tällä tavoin neutralisoidaan yksilön moraalinen vastuu sairaudesta, mutta annetaan painoarvoa tahdolle parantua. Modernilta ihmiseltä odotetaan itsenäisyyttä ja kykyä kontrolloida omia halujaan. Toisaalta vastuuttamalla yksilöä, ihmiselle on annettava oikeus valita myös terveyden kannalta huonot tavat. Päihderiippuvaisella ihmisellä on siis oltava oma halu parantua tai muuten hoito tai edes sen oikeuttaminen ei onnistu. (Ruuska & Sulku-nen 2013, 49.)

### 2.3.2 Malleja toipumisesta prosessina

Addiktiivisen käyttäytymisen lopettamiseen liittyviä vaiheita ovat analysoineet Prochaska ja DiClemente muutosvaihemallissaan, joka on kuvattu kuviossa 1. Mallissa esitetään terveyskäyttäytymisen muutoksen kuusi vaihetta. Mallia voidaan soveltaa esimerkiksi muutokseen päihteiden käytössä. **Esiharkintavaiheessa** päihteiden käyttäjä kieltää tai vähättelee päihteiden käytön negatiivisia seurauksia. **Harkintavaiheessa** käyttäjä haluaa päästä eroon päihteiden käytöstä johtuvasta epämiellyttävästä tilanteesta, mutta toisaalta ei ole valmis muuttamaan käytöstään. **Motivoitumisen ensimmäisessä vaiheessa** otetaan ensimmäiset askeleet toiminnan muuttamiseksi. Muutos kuitenkin



koetaan vielä riskinä, sillä uudessa elämäntilanteessa selviäminen ei ole varmaa. **Toimintavaiheessa** henkilö on valmis toimimaan ja muuttamaan ajatusmaailmaansa sekä käytöstään niin, että muutos tulee mahdolliseksi. **Ylläpitovaiheessa** henkilö keskittyy raittiuden ylläpitämiseen. Muutosprosessi päättyy kun uusista tavoista on tullut elämäntapa, eikä raittiutta tarvitse varsinaisesti ylläpitää. (Prochaska, DiClemente & Nocross 1992, 1102–1104.)



KUVIO 1 Muutosvaihemalli (mukaillen Prochaska & DiClemente 1986, 6)

Muutosprosessissa edetään vaiheesta toiseen. Mahdollinen retkahdus eli **relapsi** voi kuitenkin tapahtua missä tahansa muutosprosessin vaiheessa. Ennen kuin uusi elämäntyyli on integroitunut elämäntapaan, henkilö saattaa joutua käymään läpi muutosprosessin vaiheita moneen kertaan. Kun päihitteettömyydestä tai kohtuukäytöstä on tullut elämäntapa, muutosprosessi päättyy. Jotkut eivät kuitenkaan koskaan pääse tällaiseen tilanteeseen. Ylläpitovaihe voi kestää loppuelämän, jos relapsia ei tapahdu. (Knuuti 2007, 37.)

Knuuti (2007) on väitöstutkimuksessaan jakanut päihteiden käytön lopettaneen henkilön toipumisprosessin kolmeen vaiheeseen. Toipumisprosessin edistymiseen vaikuttavat varsin monet asiat kuntoutujan henkilökohtaisista voimavaroista ja elämän käännteistä yhteiskunnan tukitoimiin. Kokonaisuudessaan prosessi voi viedä hyvinkin paljon aikaa. Prosessin tuloksena voi olla mitä tahansa itsensä kunnioittamisen ja arvostamisen tai näennäisen selviytymisen välillä. (Knuuti 2007, 38–39.) Kuntoutuksessa tulisikin huo-

mioida jokaisen kuntoutujat henkilökohtaiset voimavarat ja antaa keinoja löytää arvostuksen kokemuksia.

Toipumisen **varhaisvaiheessa** ihminen kokee, ettei saa tai voi käyttää päihteitä. Tässä vaiheessa muodostuvat tarvittavat periaatteet ja tietorakenteet ongelmien ratkaisemiseksi. Varhaisvaiheessa tarvitaan usein ulkoisia kontrolloikeinoja, koska sisäinen kontrolli on vielä heikko. Vaiheeseen liittyy päihdeongelman ymmärtäminen, ajankäytön järjestäminen, asennoituminen päihteisiin sekä mielihyvän, sen muutosten, stressin ja unihäiriöiden hallinta. Elämä voi olla rankempaa kuin päihteiden käytön aikana, koska ihminen joutuu kohtaamaan asioita, joiden kohtaamista on vältellyt aiemmin tai helpottanut kohtaamista päihteiden avulla. Mahdollista on, että päihderiippuvuuden tilalle kehittyä korvaava riippuvuus, jolloin kyse voi olla yhdestä vaiheesta kohti päämäärää. Vaikka päihteistä irtautuminen usein onnistuu, on päihdekeskeisestä ajattelutavasta irtaantuminen pidempi ja monimutkaisempi prosessi. Relapsit ja takapakit kuuluvat toipumiseen varhaisvaiheessa. (Knuuti 2007, 39.)

**Keskivaiheessa** raittiuden ylläpitoon liittyvät toimintatavat on sisäistetty eikä ulkoisia kontrolloikeinoja välttämättä tarvita. Ihminen pystyy arvioimaan ja ymmärtämään itseään ja näin ollen suuntaamaan toimintaansa. Raittiuden ylläpito tarkoittaa käytännössä relapsien ehkäisyä. Toipumisen keskivaiheessa ihminen oppii käyttämään retkahduksen ehkäisykeinoja tarkoituksenmukaisemmin ja taloudellisemmin. Muutosta tukevat ihmis-suhteet ovat tärkeitä, ja ammatilliset tai muut ajankäyttöä jäsentävät asiat saavat tilaa. Tähän toipumisen vaiheeseen liittyy yleensä yritys ymmärtää elämänhistoriaa, ja häpeän tai syyllisyyden tunteiden käsittely nousee merkitykselliseksi. Kielteisten tunteiden hallinta ja niiden kanssa eläminen sekä esimerkiksi vuorovaikutustaitojen harjoittelu nousee kiinnostuksen kohteiksi. (Knuuti 2007, 39–40.)

**Myöhäisvaiheessa**, jota voidaan kutsua myös varsinaiseksi toipumiseksi, tapahtuu henkinen uudelleenorientoituminen eikä henkilö enää halua käyttää päihteitä. Vakaa sisäinen hallinta on siis saavutettu. Henkilö kokee olevansa rajoitteista vapaa ja elämässä on paljon muutakin kuin päihteiden käyttö tai käyttämättömyys. Tässäkin vaiheessa on hyvä pysyä valppaana, koska riippuvuuden kokenut ei voi enää palata tilaan, jossa riippuvuutta aiheuttanut käyttäytyminen olisi hänelle merkityksellistä. Lopullinen toipuminen tarkoittaa päihteettömän elämäntavan sisäistämistä ja oman henkilökohtaisen viitekehyksen löytymistä. Kaikki päihteistä irtautujat eivät käy vaiheita läpi samassa aika-

taulussa, eivätkä kaikki käy läpi kaikkia vaiheita koskaan, vaan he voivat jäädä ensimmäiseen tai toiseen vaiheeseen. (Knuuti 2007, 38–40.)

## 2.4 Päihderiippuvuus ja mielenterveysongelmat

Etenevä alkoholiriippuvuus voi olla hoitamattomana perussy syy mielenterveyden häiriöön tai elimelliseen sairauteen. Samalla se voi estää mielenterveysongelman paranemisen kuntoutuksesta huolimatta. (Holopainen 2008, 210.) Tiedetään myös, että laittomien päihteiden käyttö voi laukaista mielenterveydenhäiriön. Esimerkiksi kannabiksen käyttö suurina annoksina voi johtaa äkilliseen sekavuustilaan ja jopa psykoottiseen häiriöön. (Fabritius & Salaspuro 2008, 454–458.)

Jos potilaalla on päihdehäiriödiagnoosin lisäksi ainakin yksi mielenterveyshäiriödiagnoosi, puhutaan kaksoisdiagnoosipotilaasta (Aalto 2007, 1293). Päihdehäiriö on yhteisnimitys päihderiippuvuudelle ja päihteiden väärinkäytölle. Väärinkäytöllä tarkoitetaan sellaista toistuvaa päihdyttävän aineen käyttöä, josta on erilaisia terveydellisiä tai sosiaalisia haittoja kuten työn laiminlyöminen, tappeluihin joutuminen tai rattijuopumus. Päihteiden käytön lopettaminen ei kuitenkaan aiheuta vielä ohimenevää krapulaa suurempia vieroitusoireita, eikä toleranssia aineelle ole ehtinyt muodostua. (Huttunen 2013b.) Kaksoisdiagnoosipotilaiden osuus suomalaisissa palvelujärjestelmissä on kasvamassa (Aalto 2007, 1293).

Tutkimusten mukaan alkoholi- tai huumehäiriödiagnoosi myös altistaa mielenterveyshäiriölle. Toisaalta mielenterveyshäiriöisten joukossa on enemmän niitä, joilla on päihdehäiriödiagnoosi, kuin niiden joukossa, joilla ei mielenterveyden häiriön diagnoosia ole. Oletettavaa on, että päihde- ja mielenterveyden häiriöt lisäävät toistensa esiintymismahdollisuutta. Erilaisten teoreettisten mallien mukaan joko päihdehäiriö johtaa mielenterveyden ongelmiin tai toisin päin. Syy-seuraussuhdetta ei kuitenkaan ole pystytty tutkimuksin todentamaan, koska useat tekijät kuten perimä ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat sekä päihde- että mielenterveyshäiriön esiintyvyyteen. (Aalto 2007, 1294–1295.)

Kaksoisdiagnoosi-käsite voidaan nähdä myös sateenvarjomaisena yläkäsitteenä, koska kaksoisdiagnoosipotilailla voi olla keskenään hyvinkin erilaisia riippuvuuksia ja mielen-

terveysongelmia ja täten hyvin erilaisia diagnoosiyhdistelmiä. Elämäntilanteet ovat erilaisia ja muuttuvat ajan kuluessa. Potilaalla voi olla esimerkiksi ensisijaisesti mielenterveysongelma ja toissijaisesti päihteiden väärinkäyttöä. Potilaan päihteiden väärinkäyttö voi aiheuttaa mielenterveyden ongelmia tai päihteiden väärinkäyttö ja mielenterveyden häiriö voivat esiintyä samaan aikaan. Myös traumaattinen kokemus voi johtaa sekä päihteiden väärinkäyttöön että mielenterveyden häiriöön. (Mantila 2005, 3–4.)

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon liittyy haasteita, koska oirehdinta on usein monimuotoista, eikä päihdeongelmaa tunnisteta mielenterveysongelmalta tai päinvastoin. Potilas ei välttämättä itsekään tunnista ongelmiaan tai osaa yhdistää syitä ja seurauksia. Tästä johtuen hoidolla ja kuntoutuksella voi olla huono vaste ja niiden suunnittelu on haastavaa. Erityisesti kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa moniammatillinen yhteistyö korostuu, sillä potilaiden elämäntilanteet ja ongelmat ovat kirjavina. (Mantila 2005, 5,41.)

Aikuisten päihde- ja mielenterveyshäiriöiden yhteisesiintyvyyttä tarkastelevien kliinisten tutkimusten mukaan noin puolella päihteitä käyttävistä potilaista on persoonallisuushäiriö. Toiseksi yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat mielialahäiriöt, joista yleisimpiä ovat masennus ja ahdistuneisuus. Kolmanneksi eniten esiintyy psykoottisia häiriöitä. Miehillä ilmenee huomattavasti enemmän samanaikaisia mielenterveys- ja päihdehäiriöitä kuin naisilla. Miehillä on yleisimmin persoonallisuushäiriöitä kuten epävakaata tai epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö. Naisille tyypillisempiä ovat mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt. (Holmberg 2010, 65–66.)

### **3 PÄIHDEHUOLTO JA -KUNTOUTUS**

Tässä luvussa käsitellään lainsäädäntöä suomalaisen päihdehuollon taustalla. Lait antavat kuntoutukselle suuntaviivoja ja määrittelevät päihdehuollon järjestämisen vastuita. Myös ennaltaehkäisy on laissa huomioitu. Luvussa esitellään myös päihdehuollon järjestelmiä yleisesti. Järjestelmiin sisällytetään tässä julkinen ja kolmas sektori. Suomessa huolto perustuu 1955 perustetun A-killan ideologiaan, joka näkyy myös laissa. Kaikki päihderiippuvuudesta toipuvat eivät kuitenkaan ole kosketuksissa palvelujärjestelmän kanssa vaan osa heistä toipuu ilman kontaktia päihdepalveluihin.

#### **3.1 Päihdekuntoutusta säätelevät lait**

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä ongelmakäyttöön liittyviä haitallisia sosiaalisia ja terveydellisiä vaikutuksia. Päihdehuollon tulisi lain mukaan edistää päihteiden ongelmakäyttäjän sekä hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihteellä tarkoitetaan laissa sekä alkoholipitoisia juomia että muita päihtymistarkoituksessa käytettyjä aineita.

Päihdehuollon järjestäminen kuuluu lain mukaan kuntien velvoitteisiin. Jokaisessa kunnassa päihdehuolto tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin esiintyvä tarve edellyttää (Päihdehuoltolaki 1986). Kunnat voivat järjestää päihdepalvelunsa itse, ostaa ne muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntarjoajilta. Päihdehuollon piiriin kuuluu sekä ehkäisevä että korjaava päihdetyö. Päihdepalveluihin lukeutuvat avo- ja laitoshoidot, kuntoutus sekä asumis- ja tukipalvelut. Hoito ja kuntoutus toimivat luottamuksellisesti ja perustuvat päihdekuntoutujan vapaaehtoisuuteen. (Päihdepalvelut 2012.)

#### **3.2 Päihdehuollon hoitojärjestelmät ja päihdepalvelut**

Kuntoutuminen päihderiippuvuudesta voi olla pitkä ja monivaiheinen prosessi. Päihdekuntoutus voi sisältää päihteiden käytön haittojen minimointia, vieroitus- ja katkaisuhoidon, kuntouttavaa päihdehoitoa avo- tai laitoshoidossa sekä sosiaalista ja ammatillista kuntoutusta. Prosessi voi kestää muutamista viikoista vuosiin. Pidempiaikaista kuntou-

tusta varten laaditaan kuntoutujalähtöinen kuntoutussuunnitelma. Yksilöllisen kuntoutuksen tukena voidaan käyttää ryhmämuotoista kuntoutusta. Laitoskuntoutuksen tukena voidaan käyttää myös yhteisöhoitoa, jossa osallisuus terapeutisessa yhteisössä tukee elämäntavan, arvojen ja minäkuvan muutosta. (Päihdekuntoutus 2013.)

Suomessa käytettävä avohoidon perusmalli pohjautuu 1955 perustetun A-klinikkasäätiön A-klinikoiden hoitomalliin. Uutta mallissa oli se, että siinä yhdistyivät lääketieteellinen näkökulma ja sosiaalityö. Kunnat perustivat myöhemmin omat A-klinikkansa. A-klinikkasäätiön ideologia näkyy edelleen luvun alussa esitellyssä päihdehuoltolaissa. Kunnallisten A-klinikoiden rinnalle on myöhemmin perustettu nuori-soasemia ja katkaisuhuitoasemia. A-klinikan hoito alkaa usein vieroitusoireista tai sosiaalisista pulmista ja ensiaputyypin tilannearvion tekee joko sairaanhoitaja tai sosiaaliterapeutti. Myös lääkäriä voidaan konsultoida. Pidempään hoitosuhteeseen siirrytään tarvittaessa ensivaiheen jälkeen. Lähestymistapa on voimavarakeskeinen ja painopiste siirtyy psyykkisiin tuntemuksiin, ihmissuhdepulmien tai muiden elämän sotkujen selvittämiseen. (Mäkelä & Murto 2013, 94–95.)

Jos avohoito ei riitä, hoidetaan kuntoutujia katkaisuhuitoasemilla noin viikon pituisilla hoitajaksoilla. Tarpeen vaatiessa kuntoutusta voidaan jatkaa noin kuukauden mittaisilla kuntoutusjaksoilla erilaisissa kuntoutumisyksiköissä. A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaala ja Kalliolan Nurmijärven klinikka palvelevat valtakunnallisesti. Lisäksi on yksiköitä, jotka palvelevat pääosin lähikuntien asiakkaita. (Mäkelä & Murto 2013, 95–96.)

Kuviossa 2 on esitetty Suomen päihdehuollon hoitojärjestelmät. Niihin on sisällytetty sekä yleis- että erityistason palvelut. Yleistason terveydenhuollossa päihdehaittoja pääosin ehkäistään ja hoidetaan muiden terveysten palvelujen yhteydessä. Yleissairaalan poliklinikoilla hoidetaan päihteiden käytöstä aiheutuneet vakavammat myrkytykset ja vammat sekä somaattiset sairaudet. Arvioiden mukaan noin viidennes kaikista terveydenhuollon asioinneista liittyy tavalla tai toisella päihteisiin. (Mäkelä 1998, 172–173.)

	Terveysthuolto		Sosiaalihuolto		Oma apu	Muut
Erityistaso	Somaattisen erikoissairaanhoidon päihdeyksiköt	A-klinikat ja nuorisoseinät	A-killat	Raittiusseini		
	Psykiatrisen erikoissairaanhoidon päihdeyksiköt	Katkaisuhoitoasemat	AA- ja Al-Anon-ryhmät	Muu ehkäisevä päihdetyö		
	Terveystakeskusten katkaisuhoito	Kuntoutuslaitokset	–	Uskonnolliset päihdehuoltojärjestöt		
	Yksityinen terveydenhuolto	Palveluasuminen, ensisuoja, päiväkeskukset	–	–		
Yleistaso	Sairaalat	Sosiaalitoimisto	Yleiset harrastus- ja tukiryhmät	Seurakunnat ja muut uskonnolliset yhteisöt		
	Terveystakeskukset	Kotipalvelut	Omaisapu, naapuripuu	Kriisipalvelut		
	Työterveysasemat	Perheneuvonta	–	–		
	Yksityinen terveydenhuolto	–	–	–		

KUVIO 2 Päihdehuollon hoitojärjestelmät, (Kuusisto 2004, 620 Mäkelän mukaan)

Kaikki päihderiippuvuuksista toipuneet eivät ole kuitenkaan saaneet tai tarvinneet kuntoutusta. Kuusisto (2010a) on väitöskirjassaan tutkinut alkoholiriippuvuudesta toipumista kolmen eri toipumisreitillä kautta; professionaalien hoidon, vertaistuen sekä spontaanin toipumisen. Kuusisto määrittelee spontaanisti toipuneiden ryhmään kuntoutujat, jotka eivät kahteen vuoteen ennen raitistumistaan ole olleet tekemisissä virallisen päihdehuollon kanssa. Virallista päihdehuoltoa edustaa kuviossa 2 vasemman puoleinen sarake. Kuusisto rajaa AA-ryhmät virallisesta päihdehoidosta, koska muutos tulkitaan AA-ideologiassa vertaistuen kautta tapahtuneeksi. Muun hoidon merkitystä raitistumiselle ei tunnusteta lähinnä hoitoideologisista syistä, vaikka ryhmiin osallistujista suurin osa on saanut hoitoa. Kuusisto näkee vertaistuen olevan merkittävä reitti toipumiseen ja käsittelee siksi tätä ryhmää yhtenä tutkimusryhmänä. (Kuusisto 2010a, 73–74.)

Spontaanisti toipuvilla tyypillistä on se, että omasta elämäntilasta löytyy riittävä sosiaalinen tuki toipumiselle. Tämän ryhmän toipujia motivoi pelko arjen rakenteiden petämisestä ja he kokevat elämänsä ennen toipumista parempana kuin muut päihderiippuvaiset. Spontaanisti toipuvia kuvaa myös omavoimaisuuden tunne. Päihdeongelmasta toipuminen koetaan mahdolliseksi ilman ulkopuolista interventiota. Vertaistuen avulla toipuneiden päihteenkäyttö on lähempänä marginaalia kuin spontaanien toipujien. He suhtautuvat elämään pessimistisesti ennen toipumista eikä elämäntilanne tarjoa sosiaalista tukea vaan saattaa pikemminkin lisätä päihteen käyttöä. (Kuusisto 2010b, 330–331.) Vertaistukea päihdekuntoutujat voivat saada osallistumalla AA:n (Alcoholics Anony-

mus) tai NA:n (Narcotics Anonymous) toimintaan. Vaatimus ryhmään osallistumiselle on ainoastaan halu päihteettömyyteen. Kuntoutujat saavat ensikosketuksensa ryhmiin usein jonkin virallisen päihdehoidon tahon kautta. Ryhmissä noudatetaan kahdentoista kohdan toipumisohjelmaa. Päihdekuntoutuja voi osallistua kokouksien lisäksi muuhun toimintaan kuten kokoustilan siivoamiseen ja kahvilatoimintaan. (Knuuti 2007, 126–129.)

Ammattimaisen hoidon pariin hakeutuneiden alkoholinkäyttö on usein kompleksisempää kuin muiden. Päihdehaitat ovat suurempia ja sosiaalinen tuki heikkoa. He saattavat kokea ulkoista painostusta hoitoon. (Kuusisto 2010b, 331–332.) Opinnäytetyössämme haastatellut fysioterapeutit ovat ammattinsa kautta tekemisissä professionaalien hoidon piiriin hakeutuneiden päihdekuntoutujien kanssa, joten tällöin kuntoutujien ongelmat saattavat olla hyvinkin moniulotteisia.

Kuusiston väitöstutkimuksen mukaan ryhmien toipumisreittejä erottelee alkoholinkäytön ongelma-asteen lisäksi pystyvyysodotukset. Spontaanisti toipuneilla alkoholinkäytön ongelma-aste on pienempi kuin muilla ryhmillä ja heidän pystyvyysodotukset ovat korkeat. Pystyvyysodotuksilla toipumisen yhteydessä tarkoitetaan uskoa siihen, että kykenee raitistumaan. Vertaistuen avulla raitistuneiden pystyvyysodotukset ovat heikommat kuin hoidon kautta raitistuneilla. (Kuusisto 2010a, 281–282.)



## 4 FYSIOTERAPIA OSANA PÄIHDEKUNTOUTUSTA

Riippuvuutta ilmiönä on tutkittu paljon eri näkökulmista. Luvussa kaksi olemme esitelleet erilaisia näkemyksiä siitä, mitä riippuvuus on ja miten riippuvuudesta voi toipua. Näissä riippuvuuskäyttäytymisen malleissa ja teorioissa sivutaan myös riippuvuuksien kehollista ulottuvuutta, mutta toipumista käsittelevissä teorioissa ei riippuvuutta lähestytä juurikaan kehollisuuden kautta. Kehollisia menetelmiä ei ole nähty yhtenä tapana lähteä ratkaisemaan riippuvuuskäyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Fysioterapian soveltamisesta päihdekuntoutujille on kuitenkin kirjoitettu jo 1990 -luvulla (Dennis 1995, Karjalainen 1995), vaikka varsinaista tutkimusta aiheesta ei ole kovin paljon tehty. Dennisin (1995) ja Karjalaisen (1995) teksteistä nousee esiin vahvasti psykofyysinen lähestymistapa. Opinnäytetöitä erilaisten kehontuntemus-, rentoutus- ja tanssiterapiamenetelmien soveltamisesta päihdekuntoutujille löytyy jonkin verran.

### 4.1 Psykofyysinen lähestymistapa

Dennisin (1995) mukaan fysioterapeutti tuo moniammatilliseen päihdekuntoutustiimiin mukaan kehollisuuden merkityksen, sillä perinteisesti päihdekuntoutus keskittyy sosiaaliseen ja lääketieteelliseen puoleen. Fyysisyyttä ei nähdä ainoastaan lääkkeillä lievitettävien oireiden kautta, vaan terapeuttisilla tekniikoilla ja harjoitteilla pyritään tuottamaan mielihyvän tunteita. Keskeisiin fysioterapeutin osaamisalueisiin on lueteltu ahdistuksen, paniikkihäiriöiden sekä hyperventilaation kehollisen ilmenemisen selittäminen ymmärrettävästi ja keinojen ohjaaminen niiden hallitsemiseksi. Tärkeänä Dennis pitää myös voimavaralähtöistä ajattelua eli sitä, että kuntoutuja itse ymmärtää omat voimavaransa. Fysioterapeutti voi auttaa niiden löytämisessä. (Dennis 1995, 318–319.)

Dennisin näkemys kuntoutujasta on kokonaisvaltainen, psykofyysinen. Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen mukaan keskeistä psykofyysiselle lähestymistavalle on ymmärrys kehon ja mielen yhteydestä ja jatkuvasta vuorovaikutuksesta. Yksilön tunteet ja ajatukset välittyvät liikkumiseen ja olemiseen. Toisaalta myös kehon tunteet vaikuttavat mieleen. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2013.) Psykofyysisessä lähestymistavassa keskeistä on kokemuksellinen oppiminen, jolloin kun-

toutujan voimavaroja arjesta selviytymiseen etsitään havainnoimalla ja harjoitusten avulla (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265–266).

Keho voidaan nähdä objektina esineen tavoin. Silloin se on kohde, jolle tehdään asioita ulkoapäin. Koettu keho on ihmisen subjektiivinen kokemus omasta kehosta ja läsnä sisäisenä kokemuksena. (Klemola 2004, 77–78.) Mielen ja kehon vuorovaikutuksen kadotessa ihminen vieraantuu omasta kehostaan. Tällöin keho tuntuu ulkopuoliselta objektilta, kun tunteet ja tuntemukset eivät toimi siltana kehon ja mielen välillä. Subjektiivinen kokemus kehosta voi puuttua kokonaan. Päihteiden käyttö voi toimia siltana kehon ja psyyken välillä tunteiden sijaan, jolloin kokemus kehollisesta minuudesta muuttuu. Päihteet voivat näin ollen olla ainut keino saavuttaa identiteetin ja olemassaolon tunne. Voidaan siis ajatella, että päihteiden käyttö on yhteydessä häiriöön kehonkuvassa. Päihteet myös tarjoavat keinon hallita ja kontrolloida omaa kehoa ja kehon reaktioita. Käyttäjä pystyy kompensoimaan oman kehon vierautta ja kelpaamattomuutta tukahduttamalla tunteensa päihteiden vaikutuksilla. (Karjalainen 1996, 17.)

Karjalaisen (1995) mukaan fysioterapian mahdollisuus tukea päihdekuntoutujaa muutosprosessissa päihdeettömäksi rakentuu kehollisuuden kautta. Hän jakaa päihdekuntoutujien kanssa toteutettavan fysioterapian kolmeen tasoon. Ensimmäisellä tasolla fysioterapia on liikuntaa ja kehollista kontaktia. Aktiivisissa toiminnoissa kuntoutuja saa mielihyvän, onnistumisen ja kelpaavuuden kokemuksia, joiden kautta on mahdollista hyväksyä oma keho. Toisella tasolla hoitosuhteen vuorovaikutuksellisuuden välineitä ovat liike ja kehollisuus. Kuntoutuja ottaa vastuuta kuntoutuksen sisällöstä ja fysioterapeutti auttaa häntä kehollisten menetelmien ja keinojen löytämisessä. Kolmannella tasolla liike ja kehollisuus saavat symbolisia subjektiivisia merkityssisältöjä. Kehollisuus on yhteys omaan itseen ja omaan elämänhistoriaan. (Karjalainen 1995, 10.)

Eletyn kehon käsite (the lived body) on peräisin filosofi Merleau-Pontylta, jonka mukaan kehoa ja mieltä ei voida jakaa dualistisesti, vaan kekokokemus on minäkokemus (Mattson 2012, 50). Merleau-Pontyn filosofiassa havaitseva tietoisuus paikantuu elävään ja ympäristössään toimivaan kehoon. Kehollisuuden merkitys on siis keskeinen olemassaolon ja kokemuksellisuuden kannalta. Keho on paikka, josta käsin ihminen suuntautuu maailmaan. (Luoto 2012, 18–19.) Merleau-Pontyn mukaan ”maailma on minulle kehoni kautta”. Keho ei siis voi olla pelkkä objekti, mutta jotta keho voi aistia, sen täytyy olla itsekin vastavuoroisesti aistittava. (Keski-Luopa 2009.)

Fysioterapeutti voi myös auttaa helpottamaan erilaisia oireita, joita ilmenee, kun päihdyttävien aineiden vaikutus katoaa. Vieroitushoitovaiheessa keskeisintä on oman fyysisen ja psyykkisen pahanolon sietäminen. Tässä fysioterapeutti voi tukea kuntoutujaa. (Karjalainen 1995, 9.) Kuntoutujilla on usein pitkä sairaushistoria kaoottisen elämäntyylin takia. Vieroittuminen voi pahentaa tai tuoda esiin neuropatioita, ataksiaa ja vanhoja tukielinvaivoja, jotka ovat pahentuneet hoidon laiminlyönnin vuoksi, sekä hyperventilaatiota, ahdistusta ja paniikkia. (Dennis 1995, 318.)

#### **4.2 Tutkimuksia kehollisesta työskentelystä päihdekuntoutuksessa**

Mäkelä ja Murto kuvailevat päihdekuntoutuksen luonnetta alkuvaiheen vieroituksen jälkeen voimavarakeskeiseksi. (Mäkelä & Murto 2005, 94). Myös psykofyysisessä fysioterapian lähestymistavassa keskeistä on ihmisen voimavarojen ja toimintakykyisyyden vahvistaminen ja tukeminen (Talvitie ym. 2006, 265). Kehollisesta työskentelystä päihdekuntoutuksessa ei kuitenkaan löytynyt juurikaan tutkimuksia tai tietoa. Löydettyissä tutkimuksissa tai opinnäytetöissä painottuvat rentoutumiskeinot sekä liikunnallisen elämäntyylin löytäminen. Myös luovista terapiamuodoista, kuten tanssiterapiasta, löytyy tutkimuksia. Alla esitellään päihdekuntoutujien parissa tehtyjä fysioterapiaan ja fysioterapian sisältöihin liittyviä opinnäytetöitä.

Johanesson ja Wiik (2010) tutkivat opinnäytetyössään psykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden kanssa käytettyjä fysioterapiakeinoja Ruotsissa. Kyselytutkimukseen vastasi 80 aikuispsykiatrisessa sairaanhoidossa toimivaa fysioterapeuttia, joista 42,5 prosenttia kohtasi työssään päihderiippuvuusdiagnoosin saaneita potilaita. Kaikkein yleisimmin päihderiippuvuusdiagnoosin saaneiden potilaiden kanssa sovellettiin fyysistä aktiivisuutta terapiakeinona (31 % vastanneista). Toiseksi yleisin fysioterapiakeino oli Basic Body Awareness Therapy -metodi (BBAT), jota käytti noin neljännes fysioterapeuteista. (Johanesson & Wiik 2010.) BBAT -harjoitteet perustuvat pehmeään ja rytmiseen liikkeeseen, ja niillä pyritään kehittämään kykyä olla läsnä kehossa. BBAT -menetelmää alettiin alun perin kehittää terapiamuodoksi psykiatriseen kuntoutukseen. Menetelmässä korostetaan henkisiä voimavaroja. (Roxendal & Winberg 2002, 16–18.)

Saastamoinen (2007) on psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopintojen kehittämis-tehtävässään ohjannut ja havainnoinut päihdekuntoutujien kehontuntemusryhmää. Ryhmä kokoontui kahdeksan kertaa. Jakson aikana ryhmäläiset kokivat kehontuntemus-tensa lisääntyneen ja saaneensa välineitä rentoutumiseen. (Saastamoinen 2007.) Saasta-moinen (2009) on kirjoittanut myös Basic Body Awareness Therapy (BBAT) -opintojensa lopputyön työskentelystä päihdekuntoutujien kanssa. Hän ohjasi kolmelle päihdekuntoutujille BBAT-ryhmää yhdeksän kertaa. Ryhmässä tehtiin erilaisia harjoit-teita ja kokemuksista keskusteltiin. Ryhmäläiset kokivat liikeharjoittelun tukevan kun-toutumista päihderiippuvuudesta. (Saastamoinen 2009.)

Bragge (2010) on opinnäytetyössään kehittänyt Kankaanpään A-kodin päihdekuntoutus-ta fyysisessä neuvonnassa ja arvioinnissa. Interventioon kuului hoitohenkilökunnalle luennoiminen terveysliikuntaneuvonnasta, päihdekuntoutujien interventioryhmän ko-koontuminen neljä kertaa sekä terveysliikunnan arviointilomakkeen kokoaminen. Pai-nopiste oli liikunnan terveydellisissä hyödyissä. Ryhmäkertojen sisältöihin kuului aero-bisen liikunnan ja lihaskunnon kohotuksen lisäksi kehonhahmotus- ja rentoutusharjoi-tuksia. Päihdekuntoutajat kokivat ryhmäintervention mielekkäänä. (Bragge 2010.)

Selmon (2010) opinnäytetyössä tutkittiin huumevieroituspotilaiden kokemuksia toimin-nallisesta ryhmästä. Ryhmää ohjasivat toimintaterapeutti- ja fysioterapeuttiopiskelijat. Harjoittelussa hyödynnettiin erilaisia toiminnallisia ja liikunnallisia harjoittelumuotoja. Toiminnan tavoitteet olivat moninaisia kuten monipuolisten kokemusten saaminen kehon käytöstä, ehyemmän kehonkuvan muodostuminen sekä jännityksen hallintakei-nojen oppiminen. Potilaat kokivat ryhmän merkitykselliseksi osaksi hoitoaan. He koki-vat sen vaikuttavan positiivisesti sekä psyykkiseen että fyysiseen hyvinvointiin. Monet potilaista mainitsivat myös saaneensa onnistumisen kokemuksia osallistuessaan ryh-mään. (Selmo 2010.)

Rentoutumiskeinoja päihdekuntoutuksessa ovat soveltaneet Tapio (2010) ja Tirkkonen (2010) opinnäytetoissaan. Tapio ohjasi kahta kolme viikkoa kestänyttä rentoutumisryh-mää päihdekuntoutuskeskuksessa ja keräsi osallistujilta palautetta ryhmästä. Osallistujat kokivat ryhmän pääosin positiivisena ja oppineensa rentoutumista. (Tapio 2010.) Tirk-konen tutki musiikkirentoutuksen vaikutusta päihdepsykiatristen potilaiden kipuun avoimessa rentoutusryhmässä vertailemalla potilaiden kipukokemusta ennen ja jälkeen jokaista rentoutumiskertaa. Tuloksien mukaan suurimmassa osassa vastauksista potilaat

eivät osanneet sanoa, vaikuttiko musiikkirentoutus kipukokemukseen. (Tirkkonen 2010.)

Marttila (2008) on psykologian alaan kuuluvassa Pro gradu -työssään tutkinut huume-kuntoutujien kokemuksia tanssiterapiasta. Keskeisiksi muodostuneet kokemukset liit-tyivät terapian tuottamiin tunnereaktioihin, terapiasta saatuihin psyykkisen työn välinei-siin sekä kehotietoisuuden lisääntymiseen. Marttila listaa kuusi kuntoutujien kokemuk-sista esiin noussutta teemaa: 1) tanssin ja liikkeen roolin olon helpottamisessa, 2) itsensä hyväksymisen, 3) fyysisten ja henkisten rajojen hahmottamisen, 4) läsnäolon, rentoutu-misen ja hengittämisen, 5) positiivisen ja kehollisen lähestymistavan sekä 6) vastustuk-sen ja sen työstämisen. (Marttila 2008.)

Tässä luvussa esitellyt tutkimukset ovat suhteellisen uusia, vuosina 2007–2010 tehtyjä, ja niissä interventiot tehtiin ryhmille. Valtaosassa opinnäytteistä päihdekuntoutujille ohjattiin kehotietoisuusharjoituksia tai rentoutumistaitoja. Lukuun ottamatta opinnäyte-työtä musiikkirentoutuksen vaikutuksista kipukokemukseen, päihdekuntoutajat kokivat hyötyneensä heille ohjatuista harjoitteista, ja ryhmät koettiin pääosin kuntoutumista tukevinä. Tässä esiteltyjen opinnäytteiden pohjalta välittyy kuva, että päihdekuntoutuji-en kanssa tehdään usein työtä ryhmämuotoisesti ja kehotietoisuus- ja rauhoittumishar-joitteet koetaan tärkeiksi.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa fysioterapian soveltamisesta päihdekuntoutuksessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuotetun tiedon pohjalta tarkastella fysioterapian merkitystä päihdekuntoutuksessa osana moniammatillista yhteistyötä ja kirjoittaa tuloksista artikkeli Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen jäsenlehteen.

Tutkimusongelmamme, joihin tällä tutkimuksella haluamme vastata, ovat seuraavat:

1. Millaisena fysioterapia nähdään osana moniammatillista päihdekuntoutusta?
2. Mitä päihdekuntoutuksessa sovellettava fysioterapia on?
3. Minkälaisia vaikutuksia toteutetulla fysioterapialla on saatu aikaan?

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisessa tutkimuksessa ja analyysissä ilmiöitä ja niistä kerättyä aineistoa tarkastellaan usein kokonaisuutena. Valitun kokonaisuuden rakennetta valotetaan tutkimuksen keinoin. (Alasuutari 2011, 38.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan ymmärrys tutkimastaan ilmiöstä kasvaa ja kasvavan ymmärryksen kautta tutkittavaa ilmiötä pystytään käsitteellistämään (Kiviniemi 2007, 70–74). Tässä tutkimuksessa pyrimme hahmottamaan, mitä fysioterapia on päihdekuntoutuksessa.

### 6.1 Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toteutus

Syksyn 2013 ja alkuvuoden 2014 aikana selvitimme niiden fysioterapeuttien kiinnostusta osallistua tutkimukseemme, joiden yhteystiedot olimme saaneet yhteistyötahojemme Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen (PSYFY ry) sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kautta. Kevään 2014 aikana anoimme ja saimme luvat haastattelujen tekemiseen lupia vaativilta organisaatioilta. Haastattelut ajoittuvat maaliskesäkuulle 2014. Teimme sekä yksilö- että ryhmähaastatteluja riippuen siitä, kuinka monta haastatteluun halukasta fysioterapeuttia kussakin paikassa toimi. Haastattelujen kestot vaihtelivat reilusta puolesta tunnista vajaaseen kahteen tuntiin.

Toteutimme haastattelut teemahaastatteluina, jotka tallensimme äänitiedostoiksi. Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa aihepiirit on määrätty etukäteen. Haastateltavien kanssa käydään läpi samat aiheet ja teemat, mutta laajuus voi olla eri ja haastateltava saa itse tuottaa näkemyksiään kysytystä aiheesta (Eskola & Suoranta 1998, 87). Jokainen fysioterapeutti sai siis itse tuottaa näkemyksiään päihdekuntoutuksessa käytettävän fysioterapian sisällöistä ja niiden tarkoituksista. Näkemysten ei tarvinnut olla samanlaisia saati vastata haastattelijoiden näkemyksiä. Teemahaastattelun runko on liitteenä tässä raportissa. (Liite 1).

Purimme haastattelut tekstitiedostoiksi kesä-heinäkuussa 2014. Teemoittelimme haastattelut tutkimuskysymyksistä nouseviksi teemoiksi. Jaoimme toisen tutkimuskysymyksen, päihdekuntoutuksessa toteutettavan fysioterapian, kolmeen eri teemaan: Fysiotera-

piaan tulon syihin, fysioterapeuttisiin menetelmiin ja päihdekuntoutuksen vaiheisiin. Haastatteluissa olimme esittäneet kysymyksiä erikseen kaikista edellä mainituista teemoista. Tuomen ja Sarajärven (2013) mukaan teemoittelussa on kyse laadullisen aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä. Teemahaastattelun aineiston pilkkominen on suhteellisen helppoa, sillä haastattelun teemat muodostavat jo itsessään jäsenyyksen aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 93.)

Teemoittelun jälkeen vielä tyypittelimme fysioterapian syiden ja menetelmien materiaalin, sillä kumpaankin kertyi paljon aineistoa. Tyypittelyssä aineisto ryhmitellään tietyiksi tyypeiksi, jotka tukevat esimerkiksi jonkin teeman sisältä yhteisiä ominaisuuksia ja näkemyksiä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 93). Huomasimme kummastakin ryhmästä nousevan samoja aiheityyppejä, joten yhdistimme teemojen tyypittelyt ja päätimme käsitellä niitä raportissamme yhdessä. Alkuperäisten tutkimuskysymyksiemme lisäksi huomasimme moniammatillisuuden merkityksen nousevan vahvasti esiin haastatteluista, joten lisäsimme sen yhdeksi tutkimuskysymykseksi. Kirjoitimme opinnäytetyömme raportin teoriaosuutta koko prosessin ajan. Tuloksia kirjoitimme heinä-elokuussa 2014 ja raportti valmistui elokuussa 2014. Emme lähettäneet työtämme esitarkastettavaksi haastatteluille, sillä haastatteluja oli monia, ja tutkimustulokset ovat omaa tulkintaamme.

## 6.2 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistonaamme on kuusi teemahaastattelua, joissa haastattelimme päihdekuntoutujien kanssa työskenteleviä fysioterapeutteja. Haastateltavia fysioterapeutteja oli yhdeksän ja he työskentelivät kuudessa eri työyhteisössä. Kaikki fysioterapeutit toimivat Etelä-Suomen alueella. Yhtä lukuun ottamatta he kokivat työskentelevänsä psykofyysisestä viitekehyksestä. Yksi haastateltu fysioterapeutti koki työnsä näkökulman nousevan enemmän työyhteisönsä yhteisestä kognitiivis-behavioraalisesta näkökulmasta, johon psykofyysinen näkemys kuitenkin hyvin sopii.

Tutkimukseen haastatellut fysioterapeutit olivat haastatteluhetkellä toimineet fysioterapeutteina muutamasta vuodesta 25:teen vuoteen. Vain kaksi haastatelluista teki töitä pelkästään päihdekuntoutujien kanssa. Osa työskenteli päihdekuntoutujien kanssa säännöllisesti ja osa satunnaisesti. Kaikkien haastateltujen työnkuvaan kuului kuitenkin



päihdekuntoutujien kanssa työskentely vähintään ryhmämuotoisesti. Valtaosa haastatelluista työskenteli psykiatrisissa tai päihdepsykiatrisissa yksiköissä ja kohtasi työssään myös kaksoisdiagnoosipotilaita. Yksi haastatelluista teki töitä lähinnä päihdeperheiden lasten kanssa. Fysioterapeutit toimivat hyvin erilaisissa työympäristöissä avoterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, lastensuojelun erityispalveluissa sekä yrittäjinä.

## 7 TULOKSET

Tässä luvussa esittelemme tutkimustuloksemme, jotka olemme jakaneet tutkimusongelmien mukaisten otsikoiden alle. Ensin käsittelemme päihdekuntoutuksen moniammatillista luonnetta. Tämän jälkeen avaamme päihdekuntoutuksessa toteutettavan fysioterapian sisältöjä, josta saimme eniten aineistoa. Viimeisenä kerromme toteutetun fysioterapian vaikutuksista.

### 7.1 Päihdekuntoutuksen moniammatillinen luonne

Haastatteluhetkellä fysioterapeutit kokivat, että heidän tapaansa työskennellä ymmärrettiin ja sitä arvostettiin. Fysioterapia osana päihdekuntoutusta on kuitenkin suhteellisen uusi asia ja useampi haastateltava kertoi kokonaisvaltaisen näkökulman ymmärtämisen kehollisessa työskentelyssä vaatineen aikaa työyhteisöltä. Haastetta on tuonut se, että fysioterapia on saatettu ja saatettiin osittain nähdä edelleenkin ainoastaan jonkin fyysisen vaivan korjaamisena tai parantamisena. Kaksi haastateltavista on ollut työyksikkönsä ensimmäinen fysioterapeutti, ja etenkin he kertoivat vuosien aikana saaneensa perustella oman ammattiryhmänsä roolia päihdekuntoutujien kanssa.

*Se psykofyysisen niin kun painotus mikä itellä oli niin ei se täällä tietenkään ollu ku ei täällä porukat --- tiennyt silloin mikä on psykofyysinen fysioterapia. Eikä ne edes tiennyt sitä että et mitä fysioterapeutti tekee päihdehoidossa, että multa on vielä monta kertaa kysytty vuosien jälkeenkin --- että mitä fysioterapeutti tekee päihdepuolella. Että, et tää on ollut kuitenkin niin ku aikamoista pioneerityötä alun alkaen ja välillä niinku just sen takia aika raskastakin, että ku on ollut yksin ja sitten on pitänyt tavallaan yksin markkinoida sitä omaa aluetta ja sitten myös jollakin tavalla sopeuttaa koko ajan, ku täälläkin on erilaisia osastoja  
(ft 9)*

Useampi haastateltu fysioterapeutti toimi ainoana ammattinsa edustajana työyhteisössään, mutta eri ammattiryhmien välillä yhteistyö oli pääosin tiivistä ja se nähtiin poikkeuksetta positiiviseksi asiaksi. Se konkretisoitui esimerkiksi fysioterapeutilta pyydetynä konsultaatioapuna. Osa päihdekuntoutujien kanssa vain ryhmämuotoisesti työskentelevistä fysioterapeuteista mainitsi kuntoutujien oman osaston hoitajan olevan ryhmässä mukana. Fysioterapeutti ei välttämättä tunne ryhmäläisiä henkilökohtaisesti, joten kun-

toutujat paremmin tuntevan ammattilaisen läsnäolo takaa fysioterapeutille ohjausrauhan. Mukana olevat hoitajat myös osallistuvat ryhmän toimintaan. Moniammatillisuuden merkitystä fysioterapeutit perustelivat haastatteluissa seuraavasti.

*...meidän asiakkaat on niin moniongelmaisia, että se moniammatillisuuden tavallaan niinku pakko tulee sieltä meidän asiakkaista, koska niil on niin monta eri niinkun ongelmaa, niin ei yks ihminen niitten kaa pärjää.  
(ft 9)*

*...se [fysioterapia] on niinkun osa sitä hoitokokonaisuutta että se on tavallaan hyvä niinkin. Se on yks murunen, mutta se ei ketään niinkun täysin pelasta, mut saattaa olla avuksi jossakin vaiheessa.  
(ft 4)*

Vain ryhmämuotoista fysioterapiaa päihdekuntoutujien kanssa tekevien haastateltujen kertomuksissa tuli esiin se, että myös yksilöasiakkaiden kanssa työskennellessä saattoi nousta esiin päihteiden liikkakäyttö, vaikka se ei varsinainen fysioterapian syy ollut. Haastatellut korostivat sitä, että fysioterapia ei yksinään pelasta ketään päihderiippuvuudesta, mutta osana kuntoutusta se voi olla hyödyksi. Suomessa julkisen sektorin tarjoamat laituskuntoutus- ja avokuntoutusjaksot ovat lyhyitä, parista viikosta pariin kuukauteen. Päihdeongelmasta toipuminen voi kuitenkin olla loppuelämän kestävä prosessi. Siksi haastatellut fysioterapeutit korostivat, että he ovat auttamassa kuntoutujia alkuun päihteettömyyden polulla. Tästä syystä fysioterapiassa ei voi olettaa tapahtuvan ihmeitä, mutta joitain kehollisia keinoja tukemaan päihteettömyyttä voi kuntoutujille tarjota.

## 7.2 Päihdekuntoutuksessa toteutettava fysioterapia

Haastattelemamme fysioterapeutit toimivat erilaisissa ympäristöissä ja heidän työnkuvaansa kuului vaihtelevasti kohtaamisia päihdekuntoutujien kanssa. Silti haastatteluista nousi fysioterapeuttien työtä yhdistäviä ajatuksia ja työtapoja. Olemme tyypitelleet haastatteluissa esiin nousseet ajatukset päihdekuntoutuksessa toteutettavan fysioterapian sisällöistä ja esittelemme niitä tässä luvussa. Valtaosa fysioterapeuteista ohjasi päihdekuntoutujille suunnattuja ryhmiä tai ryhmiä, joihin osallistui myös päihdekuntoutujia. Ryhmien teemoina olivat esimerkiksi ahdistuksen ja jännityksen hallinta, rentoutuminen ja kehontuntemus. Kyseiset teemat toistui kaikissa haastatteluissa. Siksi päätimme nostaa ne ensimmäisiksi fysioterapian sisältöjä avaaviksi aiheiksi. Muita haastatteluissa

esiintyviä sisältöjä olivat päihteidenkäyttäjien uskomukset ja niihin vaikuttaminen, kohtaaminen ja vuorovaikutus, neurologinen sekä tuki- ja liikuntaelinfysioterapia. Kaksi fysioterapeuttia työskenteli päihdekuntoutuspaikoissa, joissa kuntoutettiin perheitä. Siksi lasten fysioterapia nousi yhdeksi sisällöksi.

### 7.2.1 Päihteettömän kehonkuvan harjoittuminen

Haastattelemamme fysioterapeutit pitivät tärkeänä osana päihdekuntoutuksessa toteutettavaa fysioterapiaa tutustumisen omaan kehoon ja kehoollisuuteen sekä *“jonkinlaisen kipinän herättämisen liikkumisesta”* (ft 3). Päihteet ovat usein olleet keino helpottaa arjen kohtaamista ja ratkaista ongelmia. Fysioterapeutit pitivätkin tärkeänä kehoollisuuden tutustumista, jotta kuntoutujilla olisi valmiuksia kohdata elämän haasteita “raakana”, ilman päihteisiin turvautumista. Kehollisia keinoja haluttiin antaa tukemaan päihteettömyyttä, koska päihderiippuvuudesta kuntoutumisen katsottiin olevan ennemminkin arjen toimien ja rytmien opettelemista sekä elämistä osana yhteiskuntaa kuin hampaat irvessä raittiina pysymistä.

*Et tota korostan et tän tarkoitus on antaa kehoollisia keinoja tukemaan mahdollista päihteettömyyttä. Ei tukemaan ryyppäämistä.*  
(ft 5)

*Että tää kehoollisuus muodostaa ihan äärettömän hyvän väylän heille oppia säätelemään sitä liiallisten oireiden ja reaktioiden määrää.*  
(ft 8)

Kehonkuvaan vaikuttavat monenlaiset tekijät. Perimä määrää suurimman osan biologisista ja sensorisista tekijöistä. Opitut tiedot auttavat ihmistä analysoimaan itseään sekä sisä- että ulkopuolelta. Vallitsevassa yhteisössä ihminen löytää oman paikkansa sosiaalisen palautteen perusteella. Ihminen arvioi jatkuvasti kehon kokemuksia kuten jaksamista, kipuja, hyvinolon kokemuksia ja luotettavuutta. Mielikuvat kehosta, itseensä kohdistetut asenteet sekä vaatimukset ihminen suhteuttaa todellisuuteen. Jo syntynyttä kehonkuvaa voivat muovata esimerkiksi kivut, sairaudet, ikääntyminen tai vaikkapa päihteiden käyttö. Kehon muistiin tallentuvat erilaisiin tapahtumiin tai kokemuksiin liittyvät fyysiset reaktiot, jotka voivat olla hyvinkin yksilöllisiä. Ihminen toistaa opittuja käyttäytymismalleja samankaltaisina läpi elämänsä, ellei näitä malleja kyseenalaisteta tai tarkastella tarkemmin. (Herrala ym. 2008, 29–30.) Kun henkilön halu päästä eroon riippu-

vuudesta herää, on vanhoja käyttäytymismalleja kyseenalaistettava ja haluttava muuttaa niitä.

Kehonkuva on ihmisen kehoonsa liittämiä havaintoja, asenteita ja uskomuksia. Siihen liittyy kokemuksia, käsityksiä, mielikuvia ja representaatioita, joiden kohde on ihmisen oma keho. Kehonkuvaan vaikuttavat omaan kehoon liittyvien havaintojen lisäksi ymmärrys kehoista yleensä ja tunneasenne omaa kehoa kohtaan. (Klemola 2004, 81.) Syvempi ja kokonaisvaltaisempi itsen tiedostaminen, johon liittyy yksilön kokemukset, on kehotietoisuutta (Herrala ym. 2008, 31). Yksi haastatelluista fysioterapeuteista pohti kehotietoisuutta yleisesti.

*...voidaan ihan laajemminkin viitekehyksessä puhua, että ihmisillä kehotietoisuus ei oo semmonen vahva alue, ellei siihen oo erityisesti jotain harjoitusta saanut tai perehtynyt tän suuntaseen harjotteluun. Et kyllä tää niinku tavalla tai toisella kaikki, joilla tää nyt arjessa näitä ongelmia alkaa tulla, niin keinojen saaminen siihen oman olotilansa parantamiseen, niin aina motivoituu ihminen näihin asioihin. Että päihdekuntoutajat ei muodosta mun mielestä mitään erityisryhmää sen suhteen...*  
(ft 8)

Haastatellut fysioterapeutit pitivät tärkeänä osana työtään kehontuntemuksen ohjaamista ja he kertoivat herättelevänsä kuntoutujia kuuntelemaan kehon tuntemuksia ja liikkeen aiheuttamia kokemuksia. Kehollisuuteen tutustumisen kautta pyritään myös lisäämään luottamusta omaa kehoa kohtaan silloin, kun kehon kuuntelu ja tunnistaminen on hankalaa vaikkapa neuropatian takia. Fysioterapeuttien mielestä läsnäolon harjoittelu ja erityisesti se, että uskaltaa olla läsnä itselleen, oli tärkeä osa kehotietoisuuden lisäämistä.

*Niin se, se on se mun mielestä semmonen tärkeä juttu, että mä saan kontaktia vahvistettua siihen omaan tota päihdeettömään ruumiinkuvaan ja sitten siihen, että sit kun se outous siitä, että mä oon, et tää onkin nyt päihdeetön tää mun kroppa, että on vähän liikaa niinku jäseniä ja on niinku ei oikein tiedä et miten tää mun keho toimii niin ihan sellasta tutustumista...*  
(ft 9)

*...ja tää on aina yhtä semmosta hämmästyttävää näitten potilaitten kanssa, et ne on niin yksityksissä niistä omista, omasta kehostansa. Et siihen tutustumista, että mitä siellä tapahtuu, millasia tunnetiloja tulee...*  
(ft 7)

*Ja sisältönä niin semmonen kehon tuntemuksen lisääminen. Ehkä siinä se kuningasajatus.  
(ft 4)*

*...mutta kyllä nyt itse ainakin toivoisin että ihmiset pysähtyis tunnistamaan ja tiedostamaan itseänsä että mitä, kuka olen ja mitä mulle tapahtuu.  
(ft 8)*

Kehontuntemuksen lisäämisen toivottiin myös auttavan kuntoutujia tunnistamaan muutoksia olotilassaan ja näin mahdollistavan esimerkiksi ahdistuksen ehkäisyn muuten kuin päihteisiin turvautumalla. Kehon kuuntelun ja kehollisuuteen tutustumisen toivottiin lisäävän kuntoutujien ymmärrystä kehollisista reaktioista. Lisäksi kannustettiin hakemaan heti apua, kun muutoksia kehon tuntemuksissa tapahtuu, ettei ahdistus tai epämiellyttävä tunne pääse kasvamaan ylitsepääsemättömäksi.

*Oli mitä oli, aamujooga, kävely, mietiskely ja sitten tunnistaa, et jos alkaa tulla joku hirvee tunnetila tai ahdistus, niin toimia heti eikä varata aikaa sit viikon päästä.  
(ft 5)*

Kehollisten harjoitusten kautta voidaan työstää kokemuksiin liittyviä tuntemuksia ja kehon muistoja, jotta niistä voi tulla osa minuutta. Analysoimalla kehollisiin harjoituksiin liittyviä kokemuksia ja tunteita kuntoutuja antaa niille subjektiivisia merkityksiä, jolloin objektikehosta tulee osa elettyä kehoa. (Karjalainen 1996, 19.) Kaksi fysioterapeuttia mainitsi tärkeäksi kehollisiin harjoituksiin liittyvien omien kokemusten arvokkuuden korostamisen. Harjoituksiin liittyvät kokemukset ja tuntemukset ovat merkityksellisiä ja niitä on tärkeä pysähtyä kuuntelemaan. Kokemuksilla ei tarvitse olla selityksiä kun niitä tai omaa itseä arvotetaan. Syy-seuraussuhteiden pohtiminen ei välttämättä auta kuntoutujaa löytämään siltoja omaan kehollisuuteensa (Karjalainen 1995, 9).

Fysioterapiassa kuntoutujan on mahdollista saada positiivisia kehollisia kokemuksia, joiden avulla kuntoutuja voi kokea hallinnan tunnetta kehostaan ja oireistaan. Positiiviset keholliset kokemukset myös lisäävät oman kehon hyväksyntää ja arvostusta. (Karjalainen 1995, 10.) Haastatellut fysioterapeutit kokivat tärkeänä, että he pystyvät ryhmissä antamaan kuntoutujille hyvää palautetta ja arvostuksen kokemuksia. Tällöin kehon tuntemuksia on helpompi pysähtyä kuuntelemaan. Koska keholliset tuntemukset ovat kaikille tuttuja, niistä voidaan keskustella ja jakaa kokemuksia.

*Et ite oon tykänny korostaa sitä, et se oma kokemus on arvokas. Et sä löydät ja oikeesti opettelet et pysähdyt kuuntelemaan sitä, et miltä musta oikeesti tuntuu. Et se on merkityksellistä.*  
(ft 6)

Haastattelemamme fysioterapeutit toteuttivat kehontuntemusharjoittelua paljon nimenomaan ryhmämuotoisesti. Tärkeänä koettiin pystyvyyden tunne, joka syntyi kun ryhmään osallistuminen onnistui ja kuntoutuja pystyi toteuttamaan harjoituksia osana ryhmää. Joillain kuntoutujilla oli päihteiden käytön aikana ollut taipumusta vetäytyä sosiaalisista tilanteista tai he olivat helpottaneet sosiaalisten tilanteiden luomia paineita käyttämällä päihteitä. Saastamoisen (2007, 2009) opinnäytteen ja BBAT -lopputyön mukaan ryhmässä päihdekuntoutujat kokivat pystyvänsä jakamaan kokemuksiaan, saivat yhteenkuuluvuuden tuntemuksia ja kokivat olevansa tärkeä osa jotakin. (Saastamoinen 2007, 73; Saastamoinen 2009, 14–15.)

Saastamoisen havaintojen mukaan kaksoisdiagnoosipotilaiden liikkumisessa esiintyy usein rajoittuneita liikeratoja, epätarkoituksenmukaisia liikkeitä ja hidastunutta liikkuamista. Lihasjännitykset vaikuttavat liikkeen virtaavuuteen ja hengitys on pinnallista. (Saastamoinen 2009, 9.) Haastattelemamme fysioterapeutit kertoivat kehontuntemusharjoittelulla pyrkivänsä vaikuttamaan siihen, että kuntoutujat tunnistaisivat paremmin jännittyneet kohdat kehossaan. Jännittyneisyyden tunnistamisen kautta voidaan alkaa harjoitella jännittyneisyyden purkamista. Sen myötä tapa käyttää kehoa muuttuu ergonomisemmaksi. Ergonominen tapa käyttää kehoa ja liikkeen virtaavuus omalta osaltaan vähentävät jännittyneisyyttä. Tasapainoharjoituksia pidettiin myös tärkeänä osana kehontuntemista ja niiden katsottiin lisäävän kuntoutujien luottamusta omaan kehoonsa.

Useat haastattelemamme fysioterapeutit pitivät erityisesti hengityksen kuuntelua ja tiedostamista hyvänä keinona lisätä kehontuntemusta. Hengitys liitettiin myös osaksi liikkeitä ja hengityksen virtaavuutta pyrittiin lisäämään. Tärkeänä pidettiin myös kokemusta siitä, että ylipäänsä saa hengittää. Hengitys on yhteydessä koko kehon fysiologiaan sekä liikkeisiin, mutta myös psyykeen. Tunteet vaikuttavat hengitykseen ja esimerkiksi voimakkaat pelon tunteet saattavat muuttaa hengityksen pinnalliseksi ja jännittyneeksi pitkäksi aikaa. Hengitystä voidaan kuitenkin tietoisesti säädellä. (Roxendal & Winberg 2002, 72–73.)

Haastatteluissa nousi esiin yhtenä terapiakeinona jännittyneisyyden tunnistaminen sekä sen purkamisen opettelu esimerkiksi jännitys-rentous harjoituksen avulla. Kehon ja mielen yhteydestä johtuen myös henkistä pahaa oloa tai jännittyneisyyttä koettiin voitavan purkaa kehollisesti harjoituksia tekemällä. Jännitys-rentousharjoitus koettiin hyväksi, koska sen voi toteuttaa eri alkuasennoissa, makuulla, istuen ja seisten. Jännittyneisyyttä voidaan näin oppia säätelemään ilman turvautumista päihteisiin. Fysioterapeutit ohjasivat myös muita ahdistuksenhallintakeinoja kuten huomion suuntaamista lihasjännityksen avulla.

*...ja sit kans et jos tulee se impulssi, et tapahtuu jotain ja sit ekana tulee mieleen, et mä haluan jotain juotavaa, niin siirtää sitä impulssia. Ja siin voi tulla vaik se, et menee seinää vasten esimerkiks se... voimakas jännitys.*  
(ft 5)

*...sitten tämmönen jännittyneisyyden tunnistaminen ja se on sitä jännittyneisyys-rentousharjoitus sillä tavalla niinku klassinen tuota, sä voit tehdä istuen, istuen purkaa sitä jännitettä niin säädellä.*  
(ft 8)

Päihdekuntoutujien kohdalla fysioterapeuttien mukaan tyypillistä oli, että kehollinen harjoittelu tarkoitti liiallisella voimalla tekemistä tai repivää liikkumista. Ylipäänsä riippuvuudet perustuvat intensiiviseen toistopakkoiseen tekemiseen ja riippuvuuteen taipuvaisilla yksilöillä on taipumus ylisuorittaa (Salasuo 2013, 109). Tärkeänä osana kehon-tuntemusharjoittelua fysioterapeutit pitivät pysähtymistä ja rauhoittumista kuuntelemaan kehon tuntemuksia ja hengitystä. Samalla opetellaan uutta, rauhallisempaa ja lempeämpää tapaa olla ja liikkua. Liikkeitä tehdessä pyritään minimoimaan voiman käyttöä eli vähentämään lihasjännitystä, ei lisäämään sitä. Fysioterapiassa pyrittiin pois suorituskaskeisyydestä liikkeessä ja harjoituksia tehtäessä.

*Ryhmissä saatetaan liikkua hyvinkin lempeästi elikkä se ei oo mitenkään suorittavaa se liike ja se on sellasta enemmän sellasta kokemuksellista.*  
(ft 7)

*Ja vaik tehtäiskin jotain perinteistä jumppaliikettä niin just niinkun omaan tahtiin, hengittäen, kuulostellen, et ei sata toistoo jotain. Must tuntuu et ne niinkun jotenkin helpottuu, et ai ei tässä tarvinnukaan mitään ihmeitä.*  
(ft 5)

Kehon kuuntelemisen, kehollisten reaktioiden tunnistamisen ja säätelyn kautta sekä uuden pehmeämmän liikkumisen tavan myötä fysioterapeutit kertoivat myös tarjoavansa



kuntoutujille uusia tapoja kokea mielihyvää. Mielihyvää voi kokea myös kehollisuuden kautta, jolloin ei tarvitse turvautua päihteisiin. Uusien mielihyvän kokemisen tapojen avulla fysioterapeutit kokivat kuntoutujien voivan säädellä psyykkisiä ja fyysisiä oloiloja ilman päihteiden käyttöä ja sen liitännäisöireita. Omasta kehosta huolehtiminen on saattanut unohtua päihteiden käytön hallitsemassa arjessa. Positiivisten kokemusten ja mielihyvän koettiin voivan lisätä päihdekuntoutujien itsearvostusta ja kehollisuuden arvostusta sekä kiinnostusta huolehtia itsestä ja kuunnella kehon signaaleja.

Muita haastatteluissa mainittuja keinoja kehontuntemuksen lisäämiseksi oli esimerkiksi maadoittaminen. Maadoittaminen lisää turvallisuuden tunnetta ja luottamusta omaan kehoon, kun voi luottaa siihen, että alusta kannattelee. Maadoittamisen avulla voidaan myös parantaa tasapainoa. Tunne siitä, että ”seison tässä” lisää myös itsevarmuutta. (Roxendal & Winberg 2002, 62–63.) Joogamaiset liikkeet, pilates ja venytteleminen koettiin myös keinoiksi saada kuntoutujat pysähtymään ja keskittymään kehoonsa ja liikkeeseen. Kehontuntemusta lisättiin myös kosketuksen avulla sekä asentoa tunnustelemalla.

Yksi haastattelemamme fysioterapeutti piti tärkeänä menetelmänä kehon tuntemuksen lisäämisessä tietoisien läsnäolon eli mindfulnessin harjoittamista. Tietoisien läsnäolon juuret ovat itämaisessä filosofiassa, mutta siitä on tullut viime aikoina länsimaissakin käypä ei-uskonnollinen menetelmä, jota käytetään esimerkiksi terveydenhuollossa ja sosiaalityössä. Tietoisien läsnäolon kautta kokemukset havainnoidaan yksityiskohtaisesti juuri sellaisina kun ne tulevat, arvottomatta tai yrittämättä muuttaa niitä. Tietoinen läsnäolo on myös kehollista, koska sen myötä opetellaan havainnoimaan itseä ja ympäristöä aistien ja kokemusten kautta. (Silverton 2013, 12,18.) Fysioterapeutti kertoi työskentelevänsä tietoisien läsnäolon keinoin vahvistaakseen kehon ja mielen yhteyttä. Fysioterapiassa huomioitiin kuntoutujan ajatukset, tunteet, toiminta ja kehon aistimukset. Tällainen ajattelu oli linjassa myös kuntoutuspaikan yleisen hoitolinjan kanssa.

*...vaikka joku sellanen asiakas joka sanoo et hän on niin levoton että hän ei pysty yhtään pysähtyä et mun pitäis saada jotenkin, jotenkin vähän kokemusta siitä niinku rentoutumisesta ja pysähtymisestä. Niin niin siinä niis tilanteissakin mä voisin ihan kysellä niitä just hänen niinku sitä et mitä hän huomaa, mitä minkälaisia tunteuksia kehossa, missä sun ajatus menee, ooksä tässä läsnä nytten vai mis, meetsä kenties johonkin muualle ja tuleeks ne sun ajatukset jotenkin sieltä et sä liikahtit muualle pois tästä*

*hetkestä niin vaikuttaaks ne sinne sun kehon tuntemuksiin ja. Et aika paljon mä niinku operoin tavallaan tän mindfulneksen kautta.*  
(ft 9)

### 7.2.2 Olotilan tasapainottuminen

Kaikissa haastatteluissa ahdistus nousi esiin yhtenä päihdekuntoutujilla esiintyvänä oireena. Ahdistuneisuudella tarkoitetaan huolestunutta tai pelonsekaista tunnetilaa, johon liittyy tietoinen tai tiedostamaton huoli jostain asiasta. Ahdistuneisuus voi vaihdella lievästä jännityksestä paniikkiin. (Huttunen 2013a.) Henkiinjäämisnäkökulmasta ahdistus on tärkeää, sillä sen tehtävänä on valmistaa kehoa mahdolliseen vaaratilanteeseen. Ahdistuksen kokeminen on sekä kehollista että psyykkistä ja se koetaan epämiellyttäväksi. (Waldegren 2012, 303–304.) Mikäli perusturvallisuuden tunne, psyykkinen kehitys tai ahdistuksensietokyky on jäänyt puutteelliseksi, henkilö ei välttämättä siedä ahdistuksen tunnetta ollenkaan. Ahdistus voi ilmetä myös paniikkikohtauksina, jolloin henkilö kokee menettävänsä mielen ja ruumiin hallinnan. Paniikinomaisesta ahdistuksesta saatetaan kokea häpeää. Myös häpeäkokemus saattaa laukaista paniikkiahdistuksen. (Martin ym. 2010, 46.) Osa fysioterapeuteista näkee päihteiden käytön keinona vältellä epämiellyttävien tuntemuksien kokemista.

*...kannattaa ruveta miettimään jotain muita keinoja kun ne keinot mitkä on ollut käytössä, että kun on omaa ahdistuneisuutta hoitanut päihteillä. ...ja sit jos miettii että voisko olla sellasia keinoja, joista ei tulis niin paljon liitännäis- muita ongelmia sitte.*  
(ft 9)

Fysioterapiassa voidaan harjoitella keinoja ahdistuksen hallintaan ja opetella tunnistamaan kehollisia tuntemuksia. Useampi fysioterapeutti mainitsee hengityksen yhtenä keinona ahdistuksen hallintaan. Martinin ym. (2010) mukaan ruumiilliset, kuten hengitykseen liittyvät tuntemukset, voivat olla apuna ahdistuksen havaitsemisessa. Kun ihminen oppii havaitsemaan ja tunnistamaan alkavia oireita, hän on saanut apukeinoja alkavien ahdistuskohtauksien sietämiseen tai jopa välttämiseen. Hengitys mainittiin useamman kerran yhtenä tällaisena apukeinona. Fysioterapeutit kertoivat asiakkaiden kokeneen hyötyvän esimerkiksi käsikuppihengityksestä tai hengityksen syventämisestä palleanhengitykseksi tilanteissa, joissa paniikki alkaa vallata mieltä. Käsikuppihengitys on hengittämistä niin, että käsistä muodostuu kuppi nenän ja suun eteen. Sitä voidaan käyttää esimerkiksi hyperventilaatiossa. Hyperventilaatio on keuhkojen tuulettumista yli

aineenvaihdunnan tarpeiden, jolloin hiilidioksidia poistuu verestä liikaa ja elimistön pH nousee. Hyperventilaatio vaikuttaa verenkierron ja hermoston välityksellä laajasti eri puolille kehoa. Oireita ovat esimerkiksi hengenahdistuksen tunne, huimaus, pistelytunteukset, vapina ja tuskaisuus. Hengitettäessä käsikuppiin kehon hiilidioksidipitoisuus nousee, jolloin hyperventilaatiokohtaus helpottuu tai estyy. (Martin ym. 2010, 26–29.)

*Siis minä en opeta ketään hengittämään, mutta se että tutkitaan ja kokeillaan ja mietitään, et mitä on tässä tilanteessa hengittää. Voinko hengittää? Onko mulla lupa hengittää? Pystynkö hengittämään? Ja ja ja sitten niinku sekin että tota... Kun enkä mä tiää onko se fysioterapeuttinen menetelmä että saa olla. Että on lupa olla.*  
(ft 1)

*Mä joskus siinä ehkä opetan ihan niinku justiin semmosta hengitystek... no ei varsinaisesti tekniikoita. Vaan enemmän sellast kehon kuuntelua ja oman, omien kehon tunteusten kans olemista*  
(ft 9)

Osa haastatelluista fysioterapeuteista nostaa esiin vireystilan säätelyn ahdistuksen hallintaa laajempänä aiheena. Vireystiloja voidaan ajatella kolmena vyöhykkeenä, alivireystilana, sopivana vireysvyöhykkeenä ja ylivireysvyöhykkeenä. Sopivaa vireysvyöhykettä kutsutaan myös sietoikkunaksi. Sen puitteissa vireys vaihtelee luonnollisesti ympäristön ärsykkeiden ja ihmisen sisäisen tilan mukaan. (Ogden, Minton & Pain 2009, 28–29.) Vireystilaan yhtenä tekijänä vaikuttaa autonominen hermosto, johon kuuluu sympaattinen ja parasympaattinen osa. Ne hermottavat yhdessä eri elimiä ja niiden toimintakäskyt ovat usein vastakkaisia. Sympaattinen hermosto toimii voimakkaasti äkillisissä kriisitilanteissa, kun taas parasympaattisen hermoston toiminta on voimakkaampaa ihmisen nukkuessa tai sulatellessa ruokaa. Sympaattinen ja parasympaattinen hermosto eivät kuitenkaan aina ole toistensa vastavaikuttajia vaan ne toimivat myös yhdessä. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2004, 542–544.) Sietoikkunan sisällä sympaattiset ja parasympaattiset toiminnot pysyvät suhteellisessa tasapainossa. (Ogden ym. 2009, 28–29.)

Sietoikkunan leveys vaihtelee yksilöllisesti. Mitä leveämpi se on, sitä paremmin ihminen tulee toimeen äärimmäisten vireystilojen kanssa. Kapeampi sietoikkuna taas aiheuttaa sen, että ihminen kokee vireystilan vaihtelut hallitsemattomiksi ja vireystilan säätely on herkempi häiriöille. (Ogden ym. 2009, 28–29.) Yksi haastatelluista fysioterapeuteista kertoo omasta lähestymistavastaan näin.

*Fysioterapia voi tarjota juuri tähän niinkun mihin itse suuntaudun ja painotan, siinä on se hermoston toiminnan säätelyn keinoja ja toinen on semmoinen ahdistuneisuus mikä liittyy tähän mukaan ja tietysti nää on käsi kädessä, autonomisen hermoston epätasapaino ja ahdistuneisuus, jotka vaikuttaa siihen ylipäättään kykyyn, kyvyttömyyteen säädellä jännittyneisyyttä  
(ft 8)*

Sietoikkunaa voidaan tarkastella myös niin kutsutun polyvagaaliteorian näkökulmasta. Sen mukaan vireystiloja säätelee hierarkkisesti eri aikoihin evolutiivisesti kehittyneet hermoston osat. Kaikkein uusin näistä osista on vagushermon vatsanpuoleinen myelinoitunut osa, joka vastaa niin kutsutusta sosiaalisen sitoutumisen reaktiosta. (Porges 2007, 7.) Vagushermon vatsanpuoleinen osa vaikuttaa siihen, miten säätellemme tunteita ja käytöstä jokapäiväisissä vuorovaikutustilanteissa. Tämän osa toimiessa vireystila on sietoikkunan alueella. (Waldegren 2012, 306). Jos jostain syystä vatsanpuoleisen vagushermon toiminta häiriintyy, seuraavaksi polyvagaaliteorian mukaan aktivoituu sympaattisen hermoston taistele tai pakene -reaktio, joka on ylivireystila. Mikäli tämäkään strategia ei toimi, evolutiivisesti vanhin vagushermon selänpuoleinen osa aktivoituu ja aiheuttaa jähmettymisreaktion eli alivireystilan. (Porges 2007, 7.) Fysioterapeutit kuvailevat vireystiloja päihdekuntoutujilla seuraavasti.

*Ja tota semmosta säätelynhäiriöitä enemmänkin sitten että on sitä ihan älytöntä vilkkautta ja semmosta et keskittymiskyvyttömyyttä ja sitten toisaalta taas semmosta syvää masennusta, et tota tämmösillä kirjoilla oikeestaan tulee sitten  
(ft 7)*

*Elikkä jos on se mahdollisuus et oppii jonkun keinon, millä tavalla voi jostain omaa ylivireystilaa säädellä, niin on mun mielestä tosi arvokasta ja on tietenkin se kokemus siinä. Ja toisaalta jos on vielä ryhmässä ja se on jaettu kokemus et muutkin on sitä mieltä, et tää oli nyt niinkun hyvä juttu, niin sillonhan se jää elämään.  
(ft 6)*

*Mutta mä jollain lailla annan keinoja näitten niin sanottujen jarrujen löytämiseksi, ettei oloilat karkaa. Että ahdistus ei leviä ja mielen levottomuus, stressi, stressitasot ei kasva liikaa. Että tää kehoisuus muodostaa ihan äärettömän hyvän väylän heille oppia säätelämään sitä liiallisten oireiden ja reaktioiden määrää.  
(ft 8)*

### 7.2.3 Kehon ja mielen toiminnan sekä reaktioiden ymmärtäminen

Päihdeongelmien ja -mielihalujuen taustalla voi olla uskomuksia. Ne eivät välttämättä ole tietoisia, eikä niitä ilmaista suoraan, mutta uskomukset ovat pääteltävissä kuntoutujan reaktioista. Näitä hiljaisia taustauskomuksia voi olla liittyen esimerkiksi huumeisiin, itseän, muihin ihmisiin ja ihmissuhteisiin. (Holmberg 2003, 500.) Koski-Jännes (2004) esittää biopsykososiaalisessa addiktiivisen käyttäytymisen mallissa, että tärkeimpiä keinoja riippuvuudesta kuntoutumisessa on lisätä kuntoutujan tietoisuutta tekijöistä, jotka ylläpitävät addiktiivista käytöstä ja ajatuksia. Näin ollen kuntoutujalla on tiedon lisääntyessä valmiuksia ymmärtää ja säädellä tietoisesti käyttäytymistään. Lisääntyneen ymmärryksen kautta kuntoutuja voi löytää itselleen sopivia vaihtoehtoisia tapoja reagoida esimerkiksi päihdemielihaluihinsa. (Koski-Jännes 2004, 61.) Yksi haastattelemamme fysioterapeutti näki erilaisten uskomusvääristymien ylläpitävän addiktiivista käytöstä.

*Koska on paljon semmosia uskomuksia, että päihde-, päihde-, tuota noin niin ongelmaan liittyy hyvin läheisesti semmoset niinku tämmöset uskomusvääristymät. On kaikennäkösiä uskomuksia ihan laidasta laitaan. Ja lähinnä ne voi olla just niitä uskomuksia että et mä en mitenkään kykene rauhoittumaan tai rentoutumaan ilman lääkettä. Et se ei oo mulla mahdollista.*  
(ft 9)

Useimmat haastatellut fysioterapeutit sanoivat tuovansa tietoa ja perustelevansa käyttämiään harjoituksia kertomalla, mihin harjoittelulla pyritään vaikuttamaan. Fysioterapeutit kertoivat selventävänsä kuntoutujille miten keho ja mieli reagoivat, ja että keholiset reaktiot ovat luonnollisia. Esimerkiksi ahdistuksen kohdalla katsottiin kuntoutujien oloa helpottavan, kun kuntoutujalle kerrottiin ahdistuksen olevan normaali reaktio, ja etteivät siihen liittyvät fysiologiset oireet ole sinällään vaarallisia. Hyvien perusteluiden katsottiin myös vähentävän ihmetystä kuntoutujien keskuudessa fysioterapiatilanteissa, koska kehollinen lähestymistapa päihderiippuvuuden hoidossa saattaa olla uusi ja erilainen.

*Bussit, kaupat, esimerkiksi on sellasia paikkoja, joissa tää sosiaalinen tila, raja pienenee ja se jolloin ihminen alkaa automaattisesti jännittyä. Ja tää kehollisuuden merkityksen siinä, että se on normaali kehollinen reaktio että jännitetään.*  
(ft 8)

Yksi fysioterapeutti kertoi jokaisen ryhmätapaamisen alussa käyttävänsä hetken kertoakseen, mistä fysioterapiassa on kyse. Kuntoutujilla ei ole välttämättä käsitystä siitä, mitä fysioterapia on. Fysioterapeutti haluaa myös korjata käsitystä siitä, ettei kaikessa fysioterapeuttisessa toiminnassa, jossa on liike mukana, tavoitella joko lihasten vahvistamista tai venyttämistä. Tämän vuoksi fysioterapeutti kokee tärkeäksi kertoa, millaisiin asioihin pyritään fysiologisesti vaikuttamaan, ja että kyse on kehontuntemuksen ja kehotietoisuuden lisäämisestä.

Useampi haastateltu fysioterapeutti mainitsi psykoedukaation yhtenä menetelmänä työskennellessään päihdekuntoutujien kanssa. Psykoedukaatiolla tarkoitetaan tiedon tuottamista sairauteen ja sen oireisiin liittyen ja työkalujen antamista arjessa pärjäämiseen sairaudesta huolimatta. Psykoedukaation vaikuttavuutta yhtenä hoitomenetelmänä on tutkittu erityisesti psyykkisten sairauksien hoidossa. Sen on todettu lisäävän ymmärrystä sairauden luonteesta sekä kuntoutujien että heitä hoitavien ammattilaisten keskuudessa. Psykoedukaation vahvuus on hoitajaksojen lyhentyessä erityisesti siinä, että kuntoutujan saavutettua ymmärryksen, tieto on hänen käytettävissään myös arjen tilanteissa hoidon päätyttyä. (Lukens & McFarlane 2004, 220–221.) Psykoedukaatiota voidaan käyttää sekä yksilö- että ryhmäkuntoutuksessa kuten haastattelemamme fysioterapeutit ovat tehneet.

*Eli nää on tämmösiä niinku aika psykoedukatiivisia ne ryhmät mitä mäkin pidän, että mä yleensä aina tuon tietoa. Ja silloin kun sä tuot tietoa ja perusteluita niin silloin yleensä niinku ihmiset niinku, ne ottaa aika hyvin vastaan.  
(ft 8)*

Moni fysioterapeutti painotti, että perustelemista kannattaa käyttää harjoittelun lomassa, jotta kuntoutujat saavat oman kokemuksen harjoituksen vaikutuksesta, jota tieto voi entisestään vahvistaa. Muutenkin koettiin, että kuntoutujien oma hoksaaminen on tärkeää. Lisäksi fysioterapeutit pitivät tapaa, jolla tieto tuodaan, keskeisenä. Kuntoutujat koettiin vastaanottavaisempina tiedolle ja harjoittelulle, kun heidät kohtaa tasa-arvoisina ja tunnelma terapiatilanteissa on salliva ja mukava. Koski-Jännes (2004) toteaa, että ehdoton hyväksyntä vähentää kuntoutujan tarvetta puolustella käytöstään. Hyväksyntä mahdollistaa tasapainoisen reflektoinnin uusien käyttäytymismallien sisäistämiseksi sekä addiktiivisen käytöksen haittojen ja etujen punnitsemiseksi. (Koski-Jännes 2004, 62.)

*Nyt sitten vielä tää katkoryhmä, et siellä voi olla rollaatorin kanssa kulkevia herroja ---. Ne on juonu jo ittensä ja varmaan jo pikkuaivoihinki, menny kaikki. Niin tota kyllä se pitää olla aika semmosta kansantajusta. Ja huumori siinä, et ei siinä voi ruveta sitten niinkun saarnaamaan tai pitämään esitelmää vaan niinkun että jutustellaan, kokeillaan.*  
(ft 5)

#### 7.2.4 Vuorovaikutus ja kohtaaminen

Vuorovaikutuksen ja kohtaamisen merkitys nousi esiin useammassa haastattelussa. Fysioterapeutit pitivät tasa-arvoista kohtaamista asiakkaan kanssa tärkeänä. Asiakkaan ja fysioterapeutin kohtaaminen onkin yksi psykofyysisen lähestymistavan keskeisistä osatekijöistä (Talvitie ym. 2006, 266). Päihderiippuvuuksia pidetään yhteiskunnassamme vahingollisina ja ne herättävät jopa pelkoa (Raento & Tammi 2013, 7–8). Myös päihteiden käyttö itsessään saattaa aiheuttaa häpeää ja pelkoa moraalisesta paheksunnasta (Mäkelä 2010, 83). Fysioterapeutin ja kuntoutujan tasavertainen työskentely on kuitenkin edellytys myönteisesti etenevälle terapialle (Talvitie ym. 2006, 52). Näin yksi haastatelluista kuvailee tasavertaisuuden merkitystä.

*Ja sitähän ne kattoo heti ekana, et kuka toi on. Koska esimerkiksi juoppojahan perinteisesti jotenkin halveksutaan, et he on tyhmiä ja köyhiä ja hai-see ja kaikkee muuta. Et he on varmaan saanu kuulla tätä. Ensinnäkin se, et ne vaistoo, et he on arvokkaita ihmisiä, ja sit tehdään, mitä he kykenevät, ja pakko ei oo tehdä yhtään mitään ja täällä saa kritisoida ja täällä saa puhua, ni sit ne ilmeet muuttuu heti.*  
(ft 5)

Ihmisten kohtaaminen nähtiin myös asiana, jota fysioterapiassa voidaan harjoitella. Vuorovaikutustilanteet saattavat herättää pelkoa tai ahdistusta. Sosiaalisissa peloissa ahdistuksen tunnetta tuottavat toisen seura ja siinä koetut häpeän tunteet, riittämättömyys ja arvottomuus. Kuitenkin muiden reaktioita merkittävämpää todellisuudessa on yksilön oma suhde itseensä ja tuntemuksiinsa. (Martin ym. 2010, 48–49.)

*Ja paljon tämmöstä kohtaamisharjoitusta teen, koska semmonen toisen ihmisen kohtaaminen on heille todella hankalaa, et sitähän varten ne käyttää päihteitä voidakseen jotenkin sumuttaa sitä omaa omaa pelkoonsa siinä ihmisen kohtaamisessa ja näkyväksi tulemisessa taikka nähdyksi tulemisessa. Ja tota et et siihen myös sitä harjoitusta --- ettei ne kohtaamiset oiskaan enää niin hirveen pelottavia.*  
(ft 7)

*...mul on lupa olla tässä tilanteessa ja mul on lupa vaikka poistuakin tästä tilanteesta ja mul on lupa palata tähän tilanteeseen menettämättä kasvojani ja niin että mun ei tarte tuntee siitä häpeetä, syyllisyyttä ym. --- Mutta kun sä poistut tästä, niin käydään se kuitenkin vielä läpi, että mistä se tuli se, et miks sä lähit tästä pois.  
(ft 1)*

Muutama fysioterapeutti puhui rajoista ja rajaamisesta. Yhdessä yhteisössä hoidettiin akuutisti kaksoisdiagnoosipotilaita. Tässä yhteydessä fysioterapeutit kertoivat, että mitä sekavampi ihminen on, sitä selkeämmin rajojen on tultava ulkopuolelta. Muuten rajoista kerrottiin seuraavasti.

*No kyllähän esim oman tilan tiedostaminen siinä, et mis menee sosiaalisen kanssakäymisen rajat, on hyvin tärkeä ottaa alkuun, että missä, minkälainen se raja on ja mitä tapahtuu, jos se raja rikkoutuu.  
(ft 8)*

*...se [ryhmä] kestää puoli tuntia tosi tarkasti. Jos ne tulee myöhässä niin se loppuu silloin kun sen on pitänykin loppua. Et se on tavallaan jo yks raja. Yks turvallisuuden kokemus tulee siitä, et aikakin voi olla semmonen turva.  
(ft 2)*

### 7.2.5 Neurologista sekä tuki- ja liikuntaelimistön fysioterapiaa

Suurin osa haastatelluista fysioterapeuteista kuntoutti myös somaattisia vaivoja ja käytti perinteisemmäksi fysioterapiaksi miellettyjä menetelmiä työssään. Varsinkin fysioterapeutit, jotka tekivät myös yksilöterapiaa, työskentelivät päihdekuntoutujien kanssa kuntouttaen tuki- ja liikuntaelinten sekä neurologisia vaivoja. Joissain päihdekuntoutuspaikoissa fysioterapeutti oli nähty nimenomaan fyysisten vaivojen kuntouttajana. Joissain paikoissa tilanne oli muuttunut ja fysioterapeutti hoiti myös psykofyysisiä vaivoja, esimerkiksi ahdistuspotilaita. Joissain paikoissa läheteitä yksilöfysioterapiaan tehtiin edelleen lähinnä tuki- ja liikuntaelinten vaivojen vuoksi.

Päihteillä on vahingoittavia vaikutuksia sekä kehittyvään että kypsään keskushermostoon. Alkoholin yleisimpiä vaikutuksia aivoihin ovat aivoatrofia eli aivokudoskato ja dementia. Pikku-aivoatrofian oireita ovat usein kävelyn ja tasapainon häiriöt. Aivojen toiminta voi kuitenkin palautua normaaliin tilaan, jos juominen loppuu kokonaan. Alkoholistella traumaattiset aivovammat ovat kolme kertaa yleisempiä kuin väestöllä



keskimäärin. Aivovammat ja alkoholin käytöstä johtuvat aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat muun muassa halvauksia. (Hillbom 1998, 315–316, 319–321.) Alkoholi vaikuttaa myös ääreishermostoon ja lihaksistoon. Alkoholipolyneuropatia on alkoholin suurkuluttajilla yleinen sairaus. (Juntunen 2003, 330, 333.) Polyneuropatia eli monihermovaurio aiheuttaa kipua raajojen ääriosoissa ja siihen liittyy usein myös tuntepuutoksia (Vainio 2009).

Yksi haastattelemamme fysioterapeutti kertoi tekevänsä paljon neurologista kuntoutusta ja muutkin fysioterapeutit mainitsivat kuntoutujien kärsivän usein neurologisista oireista. Aivovammapotilaita mainittiin olevan paljon päihdekuntoutuksessa, koska päihteen väärinkäyttö aiheuttaa kaatumisalttiutta. Aivovammasta aiheutuneiden oireiden, kuten esimerkiksi halvausoireiden, kuntouttaminen koettiin osaksi päihdekuntoutusta, jos päihdeongelma oli vaivan taustalla. Joidenkin kuntoutujien ongelmien koettiin olevan hyvin laaja-alaisia, joten niiden hoitamiseen tarvittiin monenlaista asiantuntijuutta. Neurologisista ongelmista mainittiin myös päihteen käytöstä johtuvat polyneuropatiat ja niistä aiheutuvat kivut sekä tuntepuutokset erityisesti alaraajoissa. Lisäksi mainittiin ongelmat, joita kuntoutujille oli syntynyt heidän piikittäessään päihteitä hermoon.

*...kohtaaminen niinku niissä rajoitteissa mitä niillä on niin sä kohtaat fysioterapeutina ja ja sitten lähet kattomaan, että miten sä pystyt niin kun tähän sun ammattialueelta auttaan, vaikka sillä se päihdeongelma on. Et sä voi laittaa sitä peroneus-hermoa ja sitä halvaantunutta jalkaa sivuun ku sil on se päihdeongelma ja sanoo, että meillä hoidetaan nyt vaan tätä...  
(ft 9)*

Fysioterapeuttien yksilövastaanotolle kuntoutujat saivat läheteitä myös tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi. Joissakin päihdekuntoutuspaikoissa läheteitä kirjoitettiin yksilöfysioterapiaan pelkästään tuki- ja liikuntaelinvaivoista. Selkäkivut mainittiin yhdessä paikassa yleisimmäksi tuki- ja liikuntavaivaksi, jonka vuoksi hakeuduttiin yksilöfysioterapiaan. Kuitenkin fysioterapiassa saatettiin huomata, että vaivan taustalla oli enemmänkin psyykkisiä syitä, kuten jännittyneisyyttä. Päihdekuntoutujilla oli paljon tuki- ja liikuntaelinvaivoja, koska kuntoutujat olivat laiminlyöneet itsestään huolehtimista ja koska heille oli saattanut sattua erilaisia onnettomuuksia. Kuntoutujat huomasivat tuki- ja liikuntaelinvaivansa oltuaan jonkin aikaan selvin päin. Raitistumisen myötä tarve huolehtia itsestä heräsi.

*Koska monethan on tosi huonos kunnossa fyysisesti, et ne on telonu itteensä. Voi olla päässä joku hirvee reikä ollu tai on ollu murtumia jo useita, yhel oli ihan surkastunu toinen jalka.  
(ft 5)*

*...sitten kun se pää on vähän selvinnyt niin sitten ne voi ruveta huomamaan että ai tosiaan mul ei tää jalka toimikaan, että missä se fysioterapeutti on? Missä se on? Pääsenks mä? Saanks mä sille ajan? Et näin se aika paljon menee.  
(ft 9)*

Haastattelemamme fysioterapeutit mainitsivat kivun yhtenä päihdekuntoutujilla ilmenevänä oireena. Kipu liittyi neurologisiin tiloihin kuten polyneuropatioihin, tuki- ja liikuntaelin vaivoihin ja vieroitusoireisiin. Erilaiset kivut tuli huomioida myös ryhmätilanteissa kehottamalla kuntoutujia tekemään harjoituksia omia tuntemuksia kuunnellen. Kuntoutujat saattoivat myös pyytää fysioterapeutilta kannanottoa kipuunsa, jos kokivat tarvitsevänsä vahvemman kipulääkityksen.

Neljä fysioterapeuttia kertoi tekevänsä päihdekuntoutujien tasapainon, fyysisen kunnon sekä työ- ja toimintakyvyn arvioita. Lisäksi fysioterapeuteilta pyydettiin kannanottoja siihen, millaista jatkohoitoa kuntoutujille tulisi järjestää ja esimerkiksi suosituksia siitä, millaiset asumisjärjestelyt tukisivat parhaiten heidän kuntoutumistaan. Fysioterapeutit mainitsivat tekevänsä myös terveystieteeseen liittyvää ohjausta kuten kuntosaliohjausta ja kävelylenkkejä kuntoutujan kanssa. Yksi fysioterapeutti myös luennoi ja teki neuvontaa osastoilla esimerkiksi liikunnan vaikutuksista masennukseen ja vauvan käsittelystä.

#### **7.2.6 Päihdeperheiden lasten fysioterapiaa**

Kaksi haastattelemistamme fysioterapeuteista mainitsi työskentelevänsä päihdeperheiden lasten kanssa. Toinen heistä teki töitä lähes ainoastaan lasten ja niiden myötä perheiden kanssa. Lapsi saattoi olla biologisten vanhempiensa hoidossa tai sijoitusperheessä. Suomessa arviolta kuusi prosenttia raskaana olevista naisista käyttää päihteitä. Vuosittain syntyy 3000–3600 sikiöaikana päihteille altistunutta lasta. (Kahila 2012, 225.)

Päihteistä alkoholin vaikutus sikiöön tunnetaan kaikkein parhaiten. Odottavan äidin raskauden aikainen alkoholinkäyttö voi aiheuttaa hyvin monimuotoisia ja vaikeusasteeltaan vaihtelevia oirekuvia, joiden kattokäsite on FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder).

der). Mitä runsaampaa alkoholin käyttö on, sitä suurempi on sikiön vaurioitumisen riski. Tyypillisiä alkoholin sikiölle aiheuttamia haittoja ovat erilaiset keskushermoston kehityksen häiriöt, elinten epämuodostumat ja kasvuhäiriöt. Kaikille oireyhtymän vaikeusasteille on tyypillistä toiminnan ohjaamisen ja keskittymisen vaikeus. Pahimmillaan raskauden aikainen alkoholinkäyttö aiheuttaa vaikean kehitysvamman. (Autti-Rämö 2010, 128–131.)

Erilaisten huumeiden vaikutuksista sikiöön tiedetään vähemmän kuin alkoholi-altistuksesta. Kuitenkin kansainvälisissä sikiöaikaisen huumealtistuksen pitkäaikaisvaikutuksia tarkastelleissa tutkimuksissa huumeita käyttävien vanhempien lapsilla on todettu enemmän erilaisia neurologisia ongelmia kuten käyttäytymishäiriöitä, hyperaktiivisuutta ja vertailuryhmää alhaisempi älykkyysosamäärä. Myös vastasyntyneen elimistön säätelyjärjestelmän poikkeamat ovat tavallisia. Koska päihteiden sekakäyttö on yleistä, on vaikea määritellä yksittäisen kemiallisen aineen vaikutusta. Eri päihteiden yhteisvaikutukset voivat olla arvaamattomia kehittyvässä keskushermostossa. (Kahila 2012, 226–228.)

*Ja se on lähinnä sitten sitä et mä ohjaan niitä vanhempia niinku vielä täs tämmösen motorisen kehityksen... Niinku et miten tuetaan sillä oikeella käsittelyllä sitä lapsen motorista kehitystä.*  
(ft 9)

*Tota jos sieltä lapsista lähtee liikkeelle niin siinähan on ihan sen motorisen kehityksen seuraaminen ja sitten sen motorisen kehityksen tukeminen ja liikehoito ja vanhemman ohjaaminen lähtien ihan siitä vauvan käsittelystä lähtien.*  
(ft 1)

Toinen fysioterapeuteista nosti esille vuorovaikutuksen merkityksen. Hän kertoi työskentelevänsä paljon myös sen näkökulmasta. Koposen (2006) väitöskirjan mukaan lapsen aivojen kehitys ensimmäisten elinvuosien aikana on yhteyksissä kokemuksiin, joita lapsi saa ollessaan vuorovaikutuksessa häntä hoivaavien ihmisten kanssa. Tiedetään, että pitkään jatkunut kaltoinkohtelu, hoidon laiminlyöminen, traumaattiset kokemukset ja ympäristön virikkeiden puute aiheuttavat aivojen rakenteen poikkeamia. Vuorovaikutuskokemukset vaikuttavat esimerkiksi tunteiden säätelyyn ja stressinhallintaan, jotka kehittyvät ensimmäisten elinvuosien aikana. Päihteille altistuneilla vauvoilla esiintyy keskushermoston kypsymättömyyden vuoksi vaikeuksia tottua ympäristön ärsykkeisiin, minkä vuoksi vauvojen hoidon tulisi olla rauhallista ja ennakoitua. Ärtäisyyden, itkui-

suuden ja mahdollisesti vammaisuuden vuoksi vauva on vaativa hoidettava. Vammaisuuden vuoksi vauvalla voi olla vuorovaikutustaitojen puutetta, joka entisestään vaikeuttaa hyvän vuorovaikutussuhteen syntymistä vauvan ja hoitajan välille. (Koponen 2006, 58–59.) Haastattelemamme fysioterapeutti oli saanut lisäkoulutusta erilaisista strukturoiduista vuorovaikutuksen seuraamisen välineistä. Ne olivat moniammatillisesti käytössä hänen työyhteisössään.

*Jos siellä on se päihdeongelma, jos siel on se alkoholi, joka on ollu siel päihteenä, niin silloin siel on melkeen se matala lihastonus, minkä takia he tulee sitten mulle. Tai jälleen kerran se vuorovaikutus. Koska se on todella isossa roolissa aina näissä mukana. --- On se lapsi kun lapsi ni mä seuraan siihen asti kun he kävelee. Ja sitten siitä viel hetken matkaa. Ja sitten se et jos siel on jotain erityisongelmaa, niin sitten tarvittaessa vielä pidempäänkin.  
(ft 1)*

*Mä mietin sitä niitten sijotettuja vauvoja. --- No siel on oikeestaan ne ihan samat eli se motorisen kehityksen seuranta ja sitten tukeminen ja myöskin ne käsittelyohjeet. Ja siinäkin kohtaa seuraan sitä vuorovaikutusta, koska siellä saattaa olla jo et kun se vauva on ollu biologisessa perheessä, niin ne vuorovaikutusongelmat on syntyne siellä ja sitten niinkun sen sijotusperheen, heidän täytyy ymmärtää sitä puolta siinä niinku he ymmärtääkin.  
(ft 1)*

Pääosin lasten kanssa työskentelevä fysioterapeutti käytti yhtenä menetelmänä kosketusta, joka saattoi olla fysioterapian tavoitteenakin. Tuntoaisti kehittyy vastasyntyneen aisteista ensimmäisenä. Sen avulla vastasyntynyt oppii ympäristöstään. Vaikka muut aistit sittemmin kehittyvät, säilyy tuntoaisti tärkeänä keinona olla yhteydessä ympäröivään maailmaan. (Rose 2010, 2.) Kosketus saa fysioterapeutin mukaan erityisen suuren merkityksen, kun työskennellään lapsi-hoivaaja -vuorovaikutussuhdetta ajatellen.

*Se [kosketus] on täällä kautta linjan sen aikuisen ja lapsen välillä plus sitten se, että jos mä teen sen aikuisen kanssa työtä, niin mä... Niin se voi olla että mennään sitä koskettamista kohti ja se on yks tavote, päämääräkin. --- jos hän ei oo saanu sitä [kosketusta] niin hän ei voi myöskään sitä antaa lapsellensa. --- Et opetellaan sitä oikeeta hyvää ja turvallista kosketusta. Ja miten siitä voi rentoutua, miten siitä voi voimaantua ja miten siitä sitten voi jakaa sille lapsellensa.  
(ft 1)*

### 7.3 Fysioterapian vaikutuksia

Haastattelemamme fysioterapeutit työskentelevät päihdekuntoutuksen alkuvaiheessa, kuten jo aiemmin tässä luvussa olemme todenneet. Päihdekuntoutuksen laitoshoidojaksot ovat yhden fysioterapeutin kertoman mukaan lyhentyneet hänen työuransa aikana kolmen kuukauden jaksoista noin kuukauden pituisiin jaksoihin. Toisen fysioterapeutin mukaan päihdepsykiatristen potilaiden hoitajaksot olivat hänen työyksikössään lyhentyneet vähintään neljän viikon jaksoista muutamia päiviä tai viikkoja kestäviin jaksoihin organisaatiomuutoksen takia. Myös avokuntoutuksessa toimivat fysioterapeutit tapasivat kuntoutujia maksimissaan neljän viikon jaksoissa. Yhdessä paikassa yksilöfysioterapiaa saattoi saada osana avokuntoutusta pidemmäksikin aikaa esimerkiksi puoleksi vuodeksi. Lasten kanssa työskentelevä fysioterapeutti seurasi päihdeperheitä ja erityisesti perheiden lasten kehitystä useiden vuosien ajan.

Fysioterapian tavoitteet on asetettava kuntoutusjaksojen pituuden mukaan. Jotkut fysioterapeutit kertoivat, että päihdekuntoutujat usein itse asettavat itselleen kunnianhimoisia tavoitteita lyhyillekin kuntoutusjaksoille. Lisäksi päihdekuntoutujilla voi olla toiveena päästä mahdollisimman nopeasti takaisin kiinni arkeen varsinkin, jos he ovat mukana työelämässä. Silloin erityisen tärkeänä pidettiin sitä, että fysioterapeutti osaa tarttua hetkeen ja ainakin ottaa suoraan puheeksi, millaisia vaikutuksia terveydelle voi olla, jos päihteen käyttö jatkuu entiseen malliin.

*Mut tää aika on kuitenkin niin lyhyt että et meidän täytyy muistaa aina se et tässä niinku kuukaudes ei ihmeitä tehdä. Et kyl me aika niinku ollaan siellä lähtötelineis, vois sanoo niin, koska tota täällä ihmisil on pitkä, pitkiä päihdehistorioita...*  
(ft 9)

Monet fysioterapeutit kertoivat, ettei päihdekuntoutujia juuri seurata heidän kuntoutusjaksonsa päätyttyä avo- tai laitoshoidon kuntoutuksessa. Kontaktit kuntoutujiin jäävät siis lyhyiksi. Fysioterapian vaikuttavuutta tai tuloksellisuutta on täten vaikea mitata. Numeerisia tapoja mitata fysioterapian vaikuttavuutta päihdekuntoutuksessa ei juurikaan ole käytössä. Yksi fysioterapeutti mainitsi, että lyhyet kuntoutusjaksot aiheuttavat sen, että päihdekuntoutujat eivät välttämättä ehdi ymmärtämään häiriöitä olotilojensa säätelyssä. Jos sama kuntoutuja palaa kuntoutusjaksolle useamman kerran, fysioterapiassa voidaan kuitenkin tarjota riittävästi toistoja, jotta olotilojen säätely onnistuu itsenäisestikin. Sa-

malla yhdetkin tapaamiset päihdekuntoutujien kanssa koettiin merkityksellisiksi. Lyhyessäkin ajassa voi jättää “siemeniä itämään” omasta kehollisuudesta.

Fysioterapeutit olivat saaneet paljon palautetta päihdekuntoutujilta fysioterapian vaikutuksista. Palautteen kerrottiin olevan rehellistä, suoraa ja pääasiassa positiivista. Päihdekuntoutujien kokemukset ja kertomukset siitä, kuinka he ovat saaneet apua ja keinoja säädellä olotilojaan arjessa mainittiin tärkeimmiksi fysioterapian vaikutuksiksi. Kahdessa paikassa fysioterapeutit kertoivat, että kuntoutujat olivat olleet tyytyväisiä ja iloisesti yllättyneitä, että tarjolla oli muunkinlaista terapiaa kuin erilaisia keskusteluterapioita. Fysioterapeutit kuitenkin muistuttivat, ettei fysioterapia sovi kaikille päihdekuntoutujille. Yksi fysioterapeutti totesikin, että tärkeintä on, että kuntoutujalla on edes jokin tapa käsitellä ahdistuneisuutta esimerkiksi säatelemällä sitä kehollisin keinoin. Toiset purkavat ahdistusta vaikkapa tekemällä käsitöitä tai kuuntelemalla musiikkia. Yksi fysioterapeuteista kertoi, että parhaimmillaan fysioterapia toimii keskusteluterapian tukena. Fysioterapiassa, vaikkapa pysähtymistä harjoitellessa, saattaa päihdekuntoutujalle tulla ajatus tai tunne, joka on hyvä käydä läpi keskusteluterapiassa.

*Kyllä joo ja ja sellastakin [palautetta] että, en mä ois ensin välittänytkään tulla, mut täähän oli ihan mahtavaa tai tää on parasta mitä täällä hoitajaksolla on.*  
(ft4)

*Eli palaute on ollut todella hyvää. Sit tämmöstä, et on saanu työkaluja, mitä ne rupee itte tekeen. Tai sit ne rupee tekeen jo siellä osastolla ja sit ne kertoo mulle, kun ne on tiistaina jotain ahdistuksenhallinta... Niinkun ihan vaikka näitä jännittämisiä seinää vasten, selkänojaa vasten, et joo että mä oon tehny niitä tässä pari päivää, et tosi hyvä juttu tää. Et niinku mun mielestä tää silleen toimii. Mut ei ole mikään poppakonsti, et jonkun parantaa. Tai parantaa siitä päihhteestä.*  
(ft5)

Fysioterapeuttien kannat fysioterapian hyödyntämisestä katkovaiheessa vaihtelivat. Osa haastatelluista fysioterapeuteista mainitsi fysioterapeutin voivan auttaa potilasta lievittämään tai kestämään vieroitusoireita. Yksi fysioterapeuteista oli sitä mieltä, että katkovaiheessa ihmisen voimavarat ovat niin rajalliset, että fysioterapian hyödyt voivat olla melko vähäisiä. Toisaalta yhdessä haastattelussa nousi esille, että katkohoitoon usein joudutaan erittäin huonon kunnon vuoksi, eikä niinkään hakeuduta. Tällöin sitoutumisen päihhteettömyyteen voi olla heikkoa, ja katko on enemmänkin “huilaamista” ja voimien keräämistä.

*Mä siinä jotenkin, mä kokisin, tää on vaan mielipide --- mutta kuvittelisin näin että kun on saatu se pahimmat....tuota vähän balanssoituu sitä olotilaa niin silloin on helpompi pureutua näihin tai muuten tää keskittyminen ja tekeminen menee enemmän siihen vaan väsymisestä selviämiseen jollain lailla edes, että se hyöty voi jäädä vähän heikommaks näin voisin kuvitella.*

*(ft 8)*

*No tota kyllähän meillä täällä tarjotaan alkuvaiheessakin esimerkiks ihan vierotusoireisiinkin joko konsultoiden tai että voisinko mä tulla ihan siihen. Mutta se että, se voi olla siinä kohtaa yks tapaaminen mutta ne yhdetkin tapaamiset on tosi merkityksellisiä ja tärkeitä. Ja sen oman ammatitaidon tekee, haastaa taas siinä, että osaa tuoda sen asian niin, että sille ihmiselle jää semmonen, että hei hetkinen, mä sain tosta avun sillon yhdellä kerralla ja jos se on se yks kerta ja tuleekin se, että hei mä haluan joskus jatkossa lisää.*

*(ft 1)*

Lähes kaikissa haastatteluissa fysioterapeutit pitivät tärkeänä, että harjoitukset ovat yksinkertaisia ja niiden vaikutukset nopeastikin ymmärrettävissä, koska kontakti kuntoutujiin on jokseenkin lyhyt. Moni korosti tarjoavansa kehollisia keinoja, joilla päihdekuntoutujat voivat helpottaa arjessa toimimistaan. Keinojen nopeasta ja helposta soveltamisesta arkeen fysioterapeutit olivat saaneet hyvää palautetta kuntoutujilta. Kahdessa haastattelussa mainittiin, että jo yksikin keino, jonka saa käyttöön heti, voi auttaa arjessa huomattavasti. Lisäksi kaksi fysioterapeuttia kertoi, että joillain kuntoutujilla herää nopeastikin kiinnostus omaan kehollisuuteen, ja he voivat lähteä kehittämään tätä puoltaan itsenäisesti kuntoutuksen jälkeen.

*Mä edelleen korostan sitä tossa, että jokainen pienikin keino joka auttaa ihmisen omaan arkeen ja siihen oman olon parantumiseen niin on näille ihmisille arvokas asia.*

*(ft 8)*

Jotkut fysioterapeutit kertoivat kokevansa fysioterapian vaikuttavaksi ja tulokselliseksi, koska työyhteisön muut jäsenet konsultoivat fysioterapeutteja näiden erikoisosaamiseen liittyvissä asioissa. Työyhteisöjen sisällä oli huomattu fysioterapian auttavan esimerkiksi ahdistusoireisiin. Fysioterapeuttisiin ryhmiin ohjattiinkin mielellään kuntoutujia, joilla oli ahdistusta. Fysioterapian aseman ja merkityksen vahvistuminen osana työyhteisöjä tulkittiin merkiksi siitä, että fysioterapeutin osaamisella on merkitystä osana päihdekuntoutusta.

*...sitten taas kuulee sitä, et vitsi mä oon hakenu sua. Missä sä oot ollu? Ja mä oon et jaa, kyllä mää oon tässä ollu tai sitten jossain kotikäynnillä niin sitä kautta sitten se, et työntekijät huomaa joko konsultoida tai ihan niinkun mukaan. Niin se kertoo siitä, et tää työ mitä tässä teen, fysioterapiaa, niin sillä on merkitystä.*

*(ft1)*



## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Fysioterapeutit työskentelivät hyvin erilaisissa päihdekuntoutuspaikoissa. Hyvin paikkakohtaista oli se, missä määrin ja millaisiin vaikeuksiin päihdekuntoutujien oli mahdollista saada fysioterapiaa. Haastattelujemme perusteella fysioterapeutit kokevat voivansa auttaa päihdekuntoutujia tutustumaan kehollisuuteensa, antaa keinoja säädellä olotilojaan, tarjota tietoa kehon toiminnasta ja esimerkiksi auttaa kohtaamaan sosiaalisia tilanteita ilman päihteiden apua. Kuitenkaan yhtenäisiä käytäntöjä toteuttaa fysioterapiaa päihdekuntoutuksessa ei toistaiseksi ole. Fysioterapian soveltamista päihdekuntoutukseen tai sen vaikuttavuutta ei ole juurikaan tutkittu.

Vaikka fysioterapeutti ei ole automaattisesti osa päihdekuntoutustiimiä, haastatteluidemme perusteella moniammatillisissa yhteisöissä fysioterapian kehollista lähestymistapaa arvostetaan. Ainakin osa muista työntekijöistä osasi ohjata asiakkaita fysioterapiaan, jos he kokivat, että kehollisesta työskentelystä saattaisi olla asiakkaalle hyötyä. Useampi haastatelluista fysioterapeuteista painotti, ettei fysioterapia tai kehollinen työskentely yksinään paranna ketään päihderiippuvuudesta, mutta osana kuntoutusta se monipuolistaa tapaa lähestyä perinteisesti vahvasti keskusteluterapioihin nojaavaa päihdekuntoutusta.

Päihdekuntoutujien kuntoutusjaksot ovat haastateltujemme mukaan lyhyitä, eikä seurantaa jakson jälkeen ole. Fysioterapian pitkäaikaisvaikutuksia ei ole tutkittu. Fysioterapeutit korostivatkin antavansa yksinkertaisia ja helppoja keinoja, joita kuntoutujat voivat soveltaa omassa arjessaan. He kertoivat herättelevänsä kipinää omasta itsestä ja kehosta huolehtimiseen sekä oman itse ja kehon kuuntelemiseen. Kuntoutujien palaute oli ollut suoraa ja pääosin positiivista. Kuntoutujat olivat kokeneet saamansa keinot hyödyllisiksi ja osa oli positiivisesti yllätynyt kehollisesta lähestymistavasta.

Erilaista näkökulmaa fysioterapiaan päihdekuntoutuksessa toivat fysioterapeutit, jotka työskentelivät päihdeperheiden lasten kanssa. Lasten kanssa työskennellessä korostuu yhteistyö biologisen tai sijoitusperheen kanssa. Lähes ainoastaan lapsilähtöisesti työskennellyt fysioterapeutti painotti motorisen kehityksen seuraamisen lisäksi vuorovaikutuksen tukemista, joka oli yhteisenä tavoitteena koko työyhteisössä.

## 9 POHDINTA

Opinnäytetyötä tehdessä heräsi kysymys, nähdäänkö fysioterapia osaksi päihdekuntoutusta. Päihdekuntoutuksen kentällä toimii vain muutamia ammattiryhmän edustajia, vaikka haastatteluissamme fysioterapeutit toivat esiin, että fysioterapialla on annettavaa osana päihdekuntoutusta. Monet fysioterapeutit kuitenkin joutuivat tai olivat joutuneet perustelemaan näkökulmaansa toteuttaa fysioterapiaa päihdekuntoutuksessa, sillä fysioterapia saatettiin nähdä ainoastaan fyysisten vaivojen parantamisena. Päihdekuntoutuksessa toteutetussa fysioterapiassa kuitenkin korostui tutkimuksemme mukaan keho-tietoisuuden eli mielen ja kehon yhteyden vahvistaminen ja keinojen löytäminen omaan arkeen, esimerkiksi ahdistuksen hallintaan. Fysioterapeuttien kannattaisi suuntautua päihdekuntoutukseen ja hakeutua töihin päihdekuntoutuspaikkoihin, sillä osa kuntoutujista voi hyötyä kehollisesta lähestymistavasta. Myös fysioterapeutit hyötyisivät ja pysyisivät paremmin kehittämään työtapojaan, jos päihdekuntoutuksen kentällä olisi kollegiaalista tukea saatavilla. Fysioterapeuttien hakeutumista päihdekuntoutuksen kentälle voisi tukea tietoisuuden lisääminen riippuvuusongelmista jo peruskoulutusvaiheessa.

Alun perin yksi tutkimusongelmista oli, millä päihdehoitojärjestelmän tasoilla fysioterapiaa toteutetaan. Jo haastateltavia etsiessämme huomasimme, että tähän tutkimuskysymykseen olisi vaikea saada vastausta, sillä emme tavoittaneet kovinkaan montaa päihdekuntoutujien parissa toimivaa fysioterapeuttia. Myöskään tutkimusmetodimme ei tukenut vastauksen löytymistä tälle tutkimuskysymykselle, sillä fysioterapeutit kertoivat ainoastaan omasta työympäristöstään. Kaikkien haastattelemiemme fysioterapeuttien työympäristöt eivät löytyneet kuvioista 2. Pääosin he kuitenkin työskentelivät päihdekuntoutujien kanssa terveydenhuollon yleis- ja erityistasoilla sekä sosiaalihuollon erityistasolla. Vaikka fysioterapeuttien työympäristöt näille kentille osuivat, ovat ne keskenään erilaisia.

Ensimmäinen suomalainen fysioterapeutin virka päihdetyössä on perustettu jo 1987 silloisen Helsingin yliopistollisen keskussairaalan psykiatrisen yksikön huumevieroitusyksikköön (Karjalainen 1995, 9.) Opinnäytetyömme pienen otoksen perusteella vaikuttaa siltä, ettei fysioterapeutteja nykyäänkään juuri toimi päihdekuntoutuksen kentällä. Esimerkiksi A-klinikkasäätiöllä työskentelee päihdekuntoutuksen parissa 800 työntekijää ja asiakkaita vuositasona on noin 30 000 (A-klinikkasäätiö). A-klinikkasäätiöllä

työskentelee kuitenkin vain yksi fysioterapeutti kokopäiväisesti ja tämän lisäksi muutamassa yksikössä tarjotaan päihdekuntoutujille mahdollisuutta osallistua ryhmämuotoiseen fysioterapiaan. Kaikki haastattelemamme fysioterapeutit työskentelevät Etelä-Suomen alueella, emmekä opinnäytetyötä tehdessämme saaneet kenenkään pohjoisemmassa päihdekuntoutujien kanssa toimivan fysioterapeutin yhteystietoja.

Haastatteluissa nousi esille päihdeongelmien laajuus yleisesti yhteiskunnassamme ja päihteiden käytön tuottamat asiakkuudet sosiaali- ja terveyspalveluihin. Havion, Inkisen ja Partasen (2008) mukaan Suomessa on arviolta 200 000–500 000 alkoholin suurkuluttajaa. Suurkuluttajilla esiintyy terveyshaittoja ja sietokyvyn lisääntymistä, vaikka riippuvuutta ei olisikaan muodostunut. Alkoholi rappeuttaa sydänlihasta ja aiheuttaa muun muassa hermostovaurioita, maksasairauksia ja lisää syöpien, esimerkiksi kurkunpään ja ruokatorven syövän, riskiä. (Havio ym. 2008, 56, 76–78.) Oikeus hyvään hoitoon kuuluu lakien ja asetusten mukaan kaikille, eikä päihteiden aiheuttamien ongelmien ymmärtäminen tarkoita niiden hyväksymistä (Holmberg 2010, 17). Fysioterapeutti kohtaa päihteiden käytöstä aiheutuneiden sairauksien ja vaivojen vuoksi hoitoon päätyneitä ihmisiä työssään monessa paikassa. Silloin on hyvä huomioda päihteiden laaja-alainen vaikutus toimintakykyyn; sekä psyykkiseen, fyysiseen että sosiaaliseen.

Fysioterapeutti työskentelee osana terveystalvveluja ja terveyden ja toimintakyvyn edistäminen on yksi fysioterapian keskeisiä tavoitteita. Näin ajatellen päihteiden käyttö ja siitä aiheutuvat haitat tulisi ottaa tarpeen mukaan puheeksi asiakaskohtaamisissa. Päihteiden käytöstä puhuminen olisi hyvä olla työyhteisön yhteinen käytäntö, sillä yksittäinen fysioterapeutti ei välttämättä tapaa asiakasta usein. Holmbergin mukaan puuttumisia saatetaan tarvita useita, mutta jokainen kerta jää joksikin aikaa elämään yksilön mieleen. Puuttuminen saa ihmisen pohtimaan omaa tilannettaan ja toimintaansa. (Holmberg 2010, 27.) Vaikeneminen ja hyssyttely eivät auta ongelman ratkaisemisessa.

Fysioterapeutit kohtaavat työssään myös muualla kuin päihdekuntoutuksen kentällä ihmisiä, joiden päihteidenkäyttö on riippuvuusasteella. Siksi fysioterapeutilla tulisi olla käsitys päihteidenkäytön ongelmista ja riippuvuudesta ilmiönä, jotta asiaan pystyy suhtautumaan ammatillisesti. Karjalaisen (1995, 10) mukaan fysioterapialla voidaan tukea asiakkaan “muutosprosessia kohti päihteetöntä ruumiinkuvaa” oli fysioterapiaan tulon syy mikä tahansa. Ammatillista suhtautumista edistää myös se, että fysioterapeutti tie-

dostaa omat ennakkoluulonsa ja -asenteensa päihteidenkäyttöä kohtaan. Sen myötä kuntoutujan kohtaaminen ja arvostaminen ihmisenä eikä päihteidenkäyttäjänä mahdollistuu.

Päihteidenkäyttö ei vaikuta ainoastaan päihteiden käyttäjän elämään vaan sen seurauksista kärsii myös päihteidenkäyttäjien lähipiiri. Fysioterapeutti kohtaa näitäkin henkilöitä työssään. Joskus syy fysioterapiakäynnille saattaa olla fyysinen vaiva, jonka taustalla on stressiä tai ahdistusta. Päihdeperheissä on yleistä yrittää pitää päihdeongelma perheen sisällä, sillä päihteiden käyttöön liittyy häpeää ja moraalista paheksuntaa. (Mäkelä 2010, 83; Tuomola 2012, 147–148). Puheeksi ottaminen voi auttaa asiakasta ongelman tiedostamisessa tai myöntämisessä ja ehkä jopa avun hakemisessa.

Kahilan (2012) mukaan vuositasolla syntyy 3000–3600 sikiöaikanaan päihteille altistunutta lasta. Todennäköisesti näistä lapsista osalla on syntymästä lähtien asiakkuus fysioterapiaan erilaisten kehityshäiriöiden- ja viivästymien vuoksi. Fysioterapeutti voi osana moniammatillista yhteistyötä tukea motorisen kehityksen lisäksi lapsen ja vanhempien vuorovaikutussuhdetta. Tällöin fysioterapia-asiakkuussuhde lienee usein julkisen perusterveydenhuollon avopuolella, sillä erityisesti päihdeperheiden kanssa työskenteleviä fysioterapeutteja vaikuttaa olevan vähän. Tällöin lasten kanssa työtä tekevien fysioterapeuttien olisi hyvä olla tietoisia päihdeasioista. Myös lapset voivat oireilla somaattisesti, mikäli perheissä on päihdeongelmaa. Tämän tyyppiset oireet olisi hyvä tunnistaa ja reagoida niihin esimerkiksi pohtimalla yhdessä perheen ja muiden ammattilaisten kanssa niiden mahdollisia syitä ja ratkaisukeinoja.

Olemme esitelleet Prochaskan ja DiClementen (1986, 1992) muutosvaihemallin luvussa 2.3. Sitä voidaan soveltaa myös päihderiippuvuudesta toipumiseen. Fysioterapeutti voi tukea päihdekuntoutujaa ja olla antamassa keinoja monessa toipumisprosessin vaiheessa. Ottamalla puheeksi päihteiden ongelmakäyttö voidaan henkilöä herätellä esiharkintavaiheessa tai harkintavaiheessa pohtimaan päihteiden käytön vaikutuksia sekä kehoon että mieleen. Motivoitumisen ensimmäisessä vaiheessa fysioterapeutti voi esimerkiksi psykoedukaation keinoin lisätä henkilön ymmärrystä kehon toimimisesta ja antaa tietoa vaikuttamisesta kehollisiin reaktioihin muutenkin kuin päihteiden avulla.

Toiminnan vaiheessa, kun henkilö on motivoitunut muuttamaan tapojaan ja pyrkii pois addiktiivisesta käytöksestä, fysioterapeutti voi olla yhtenä ammattilaisena antamassa keinoja arjen hallinnan helpottamiseksi ja mielihyvän löytämiseksi muista asioista kuin

päihteiden käytöstä. Fysioterapian näkökulmassa korostuvat keholliset keinot. Stressi saattaa olla osasyynä relapsiin ja se voi aiheuttaa relapsin pitkänkin päihteettömän kauden jälkeen, sillä päihderiippuvaiset ovat herkkiä stressille. Myös päihteettömänä pysyminen itsessään saattaa aiheuttaa stressiä (Kuhar 2012, 118). Näin ollen omien vireystilojen säätelyn ja stressinhallinnan harjoittelu on perusteltua. Näitä opittuja keinoja henkilö voi hyödyntää ylläpitovaiheessa itsenäisesti. Suurin osa haastattelemistamme fysioterapeuteista työskenteli päihdekuntoutujien parissa, jotka olivat toipumisprosessissa toiminnan vaiheessa. Relapsit ovat mahdollisia missä tahansa muutoksen vaiheessa ja ne kuuluvat toipumisprosessiin. Sen ymmärtäminen ja niistä oppiminen on kannattavampaa kuin kuntoutujan syyllistäminen. Myös oman työssä jaksamisen näkökulmasta tämä on tärkeää.

Riippuvuus on epäselvä ja monimutkainen käsite. Sen määrittely riippuu paljon arvoista ja mielikuvista. Silti sosiaali- ja terveystieteissä sekä arkipuheessa riippuvuuteen suhtaudutaan usein suoraviivaisesti. (Tammi & Raento 2013, 200.) Kuitenkin jo 1800-luvulla lääkäri Brühl-Cramer pohti ongelmaa seuraavasti: “Millaiset mahdollisuudet ja mikä oikeus meillä on hoitaa ihmistä, joka sanoo ‘Olen onnellinen juoppo’?” (Ruuska & Sulkunen 2013, 49). Ilman henkilön omaa motivaatiota ja muutoshalua riippuvuudesta irti pääseminen tuskin on mahdollista. Jos henkilö kokee itsensä onnelliseksi päihderiippuvuudesta huolimatta tai vaikkapa juuri siksi, ei terveydenhuoltohenkilökunnalla ole todennäköisesti mahdollisuutta puuttua tilanteeseen. Ruotsin huumeidenkäyttäjien etujärjestön puheenjohtajan Berne Stålenkranzin viesti suomalais-ruotsalaisen päihdetiedotusseminaarin yleisölle syksyllä 2011 oli, ettei hän ole sairas eikä häntä voida sairaksi pakottaa metadoniriippuvuudestaan huolimatta (Tammi & Raento 2013, 199). Yksilön vastuuta korostavassa länsimaisessa yhteiskunnassa on mahdollisuus valita terveyden kannalta huono vaihtoehto. Onko kenelläkään oikeutta määritellä vääriä tai oikeita valintoja saatikka puuttua niihin? Kuka voi määritellä, millaista on hyvä elämä? Entä jos kyse on syntymättömästä lapsesta ja raskaana oleva nainen tekee terveyden kannalta huonoja valintoja?

Tutkimuksessamme olemme noudattaneet luottamuksellisuutta ja anonyymiteettiä. Olemme hankkineet haastatteluja varten tarvittavat luvat ja noudattaneet niitä. Haastateltavia eikä heidän työyhteisöjään ole yksilöity työssämme. Haastateltaville on kerrottu tutkimuksemme tavoite ja osallistuminen haastatteluihin on ollut vapaaehtoista. Haastattelutiedostoja on säilytetty raportin kirjoittamisen ajan, jonka jälkeen ne on tuhottu.

Tuomen & Sarajärven (2013) mukaan ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena ja on tärkeää kertoa tarkasti, miten tutkimus on tehty. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140–141.) Olemme pyrkineet avaamaan tutkimusprosessia yksityiskohtaisesti. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijoiden avoin subjektiviteetti (Eskola & Suoranta 2005, 210). Tiedostamme, että aineiston analyysi on tulkintaamme, eikä muodosta yhtä oikeaa totuutta. Haastateltavia tutkimuksessamme oli yhdeksän, joten yleistysiä ei työmme perusteella voi tehdä. Edellisistä seikoista huolimatta uskomme, että työssämme saimme käsityksen tutkimastamme ilmiöstä.

Fysioterapian hyödyntämistä päihdekuntoutuksessa ei ole juurikaan tutkittu. Tässä työssä haastattelimme fysioterapeutteja. Olisi mielenkiintoista tutkia myös kuntoutujien kokemuksia ja käsityksiä siitä, mitä fysioterapeuttinen lähestyminen on heille antanut. Tätä olisi erityisen kiinnostavaa tutkia pidemmällä aikavälillä, koska toipumisprosessi voi olla pitkä. Olisi kiinnostavaa tutkia myös sitä, mitä kehollisuus merkitsee kuntoutujille tai miten käsitys kehosta ja kehollisuudesta muuttuu osana toipumisprosessia. Tässä raportissa luvussa 4.2 esitellyissä opinnäytteissä erilaisia interventioita on toteutettu päihdekuntoutujille ryhmämuotoisesti. Ryhmä- ja yksilöfysioterapian eroja voisi myös tarkastella tulevissa tutkimuksissa.

Puolitoista vuotta kestäneen opinnäytetyöprosessin aikana olemme oppineet paljon riippuvuuksista ja päihdekuntoutuksesta Suomessa. Tutustuimme addiktiotutkimukseen eri näkökulmista, joka toi ymmärrystä riippuvuuksien suhteesta aikaan, yhteiskuntaan ja lääketieteeseen. Vaikka riippuvuutta voi tarkastella monesta näkökulmasta, jokaisen päihdekuntoutujan kokemus riippuvuudesta on yksilöllinen. Koemme tärkeäksi yksilöllisyyden tunnistamisen ilman päihdetaustaan liittyviä ennakkoluuloja. Laaja ymmärrys riippuvuudesta ilmiönä voi auttaa tässä.

Työmme laaja lähestyminen riippuvuus-ilmiöön auttoi meitä myös hahmottamaan fysioterapiaa osana päihdekuntoutusta. Kokonaisvaltaisen lähestymistavan merkityksellisuuden ymmärtäminen fysioterapiassa on syventynyt. Jo työn tekemistä aloittaessamme päätimme, ettemme halua korostaa psykofyysistä fysioterapiaa erillisenä fysioterapia-käsitteestä, vaan koimme sen jo silloin enemmän lähestymistavaksi. Tätä käsitystä ko-

rostetaan myös psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnoissa (Jaakkola 2009, 8). Käsitys tästä on opinnäytetyöprosessimme aikana vahvistunut.

Haastatteluiden tekeminen oli jännittävää, mutta antoisaa. Ensimmäisen ja viimeisen haastattelun välillä oli kaksi ja puoli kuukautta. Tässä ajassa huomasimme, että ymmärrys riippuvuuksista oli syventynyt, sillä työstimme haastatteluiden ohella työn teoriaosuutta. Teemahaastattelun runko pysyi samana, mutta haastatelluille esittämämme kysymykset tarkentuivat. Haastatteluiden myötä aiheemme heräsi eloon ja saimme käytännön tietoa. Se innosti perehtymään aiheeseen entistä syvemmin.

Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut käsitystämme ihmisyydestä ja olemassa olostamme. Kehollisuuden merkitys olemassa olon kokemukselle on vahvistunut omassa ajattelussamme. Prosessin myötä olemme kohdanneet omia ennakkoluuloja ja -käsityksiä, joita emme ole aiemmin tiedostaneet. Opinnäyteprosessin on avannut silmiä sille, miten yleisiä päihdeongelmat ovat, ja miten ne ovat läsnä omassa arkipäiväisessä ympäristössä. Yleisessä keskustelussa päihdeongelmista puhutaan jonain muuna, jonain toisena, joka ei tähän yhteiskuntaan kuulu. Kuitenkin niitä ilmenee yhteiskunnassa, jossa elämme.

Haastavaa oli aiheemme laajuus. Näkökulmia riippuvuuteen on monia ja aihetta voi tarkastella sekä yksilö- että yhteiskuntatasolla. Haastavaa oli rajata työtämme niin, että ymmärrämme riippuvuutta ilmiönä, mutta kuitenkin muistamme, että aiheenamme on fysioterapia. Vieläkin haastavampaa tästä teki se, että oma käsitys muuttui ja syveni sitä mukaa, mitä useampiin näkökulmiin tutustuimme. Riippuvuus näyttäytyy meille edelleen käsitteenä, jota ei voi yksiselitteisesti ja lyhyesti selittää.

Raskasta oli aikataulujen yhteensovittaminen. Vaikka parityöskentely sujui hyvin ja oli mielekäästä, olisimme tarvinneet enemmän aikaa prosessin alku- ja keskivaiheissa keskusteluille siitä, mitä ajattelimme lukemistamme materiaaleista ja miten käsitimme riippuvuuden. Haastattelujen aikaan tällaista aikaa olisi myös tarvittu, mutta kävimme koulussa ja töissä, eikä aikaa yksinkertaisesti ollut. Raportin valmistumisen lähestyessä kävimme monia hyviä keskusteluita.

Prosessin myötä olemme oppineet tunnistamaan omia vahvuuksiamme. Tämä on auttanut jakamaan työtä niin, että työskentely on ollut tehokasta. Myös keskeneräisyyden

sietokyky on kasvanut työtä tehdessä. Keskinäinen palaute on edistänyt työmme valmistumista, eikä ole aiheuttanut kielteisiä tunteita. Olemme oppineet tuomaan hyvinkin keskeneräistä tekstiä toistemme luettavaksi ja hyödyntämään saatua palautetta.

Jos aloittaisimme opinnäytetyön tekemisen nyt, puhuisimme avoimemmin kielteisistä tunteista, joita prosessin aikana on ilmennyt. Pääosin ne ovat liittyneet aikatauluihin ja riittämättömyyden tunteisiin, kun ei ole ymmärtänyt jotakin asiaa niin nopeasti, kuin olisi halunnut. Toisaalta prosessi on myös auttanut tunnistamaan ja hyväksymään näitä piirteitä.



## LÄHTEET

A-Klinikkasäätiö. Luettu 6.8.2014. <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio>

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uudistettu painos. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123, 1293–1298.

Autti-Rämö, I. 2010. Raskaus, imetys ja alkoholi. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 125–132.

Berridge, K.C. & Robinson, T.E. 2011. Drug addiction as incentive sensitization. Teoksessa Poland, J. & Graham, G. (toim.) *Addiction and responsibility*. MIT Press, 21–54.

Besonoff, A. & Kinnunen, T. 2013. Ruumis halun taloudessa: Sääntelyn ja ahneuden hyve. Teoksessa Tammi, T. & Raento, P. (toim.) *Addiktioyhteiskunta. Riippuvuus aikamme ilmiönä*. Helsinki: Gaudeamus Oy, 181–198.

Blomqvist, J. 2004. Sweden’s “War on Drugs” in the Light of Addict’s Experiences. Teoksessa Teoksessa: Rosenqvist, P., Blomqvist, J., Koski-Jännes, A. & Öjesjö, L. (toim.) 2004. *Addiction and Life Course*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 139–171.

Bragge, K. 2010. Terveysliikuntainnon herättäminen osana päihdekuntoutusta Kankaanpään A-kodilla. Fysioterapian koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Dennis, M. 1995. Substance misuse. A. The medical approach. Teoksessa Everet, T., Dennis, M & Ricketts E. (toim.) *Physiotherapy in Mental Health. A Practical Approach*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd, 312–329.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Fabritius, C. & Salaspuro, M. 2003. Cannabis päihteenä. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2003. *Päihdelääketiede*. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 453–457.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. *Päihdehoitotyö*. 5. uudistettu laitos. Jyväskylä: Tammi

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. *Psykyfyysinen ihminen*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hillbom, M. 1998. Aivot ja alkoholi. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 315–329.

Holmberg, J. 2010. *Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan*. Ensimmäinen painos. Helsinki: Edita Prima oy.

Holmberg, N. 2003. Huumeongelman kognitiivinen terapia. Teoksessa Salaspuro, M., Kiiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 500–506.

Holopainen, A. 2003. Sekakäyttö. Teoksessa Salaspuro, M., Kiiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 446–452.

Holopainen, A. 2008. Alkoholiongelmat. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. Toinen painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 210–225.

Huttunen, M. 2013a. Ahdistuneisuus. Julkaistu 28.6.2013. Luettu 25.7.2014 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00188](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188)

Huttunen, M. 2013b. Alkoholin ja huumeiden väärinkäyttö. Tarkistettu 14.8.2013. Luettu 8.8.2013 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00194](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00194)

Jaakkola, R. 2009. Psykofyysisestä fysioterapiasta ja erikoistumisopinnoista vuonna 2008. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) Psykofyysinen fysioterapia 3 Kokemus kehossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5. 8–14

Johanesson, M. & Wiik, J. 2010. Behandlingsmetoder inom psykiatrisk sjukgymnastik - en enkätstudie. Institutionen för hälsovetenskap. Avdelningen för sjukgymnastik. Luleå tekniska universitet. Opinnäytetyö.

Juntunen, J. 2003. Alkoholi, ääreishermosto ja lihakset. Teoksessa Salaspuro, M., Kiiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 330–335.

Kahila, H. 2012. Raskaus, imetys ja huumeidenkäyttö. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiianmaa, K. (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Saarijärvi: Duodecim, 225–233.

Karjalainen, E. 1995. Kohti päihteetöntä ruumiinkuvaa. Fysioterapia 42 (3), 9–10.

Karjalainen, E. 1996. Liikkeellä muutokseen. Fysioterapia osana huumausaineiden käyttäjän hoitoa. Tiimi 3-4/1996, 17–19.

Keski-Luopa, L. 2009. Kohti kokonaisvaltaista ihmiskäsitystä. Minä filosofiasta dialogiseen filosofiaan. Psykoterapia 28 (4), 277–298.

Kiiianmaa, K. 2013. Alkoholiriippuvuuden biologiset taustatekijät. Teoksessa Peltoniemi, T. (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lundbeck, 43–51.

Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 70–85.

Klemola, T. 2004. Taidon filosofia – Filosofin taito. Tampere: Tampere University Press.

Knuuti, U. 2007. Matkalla marginaalista valtavirtaan. Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2007. Helsinki: Helsingin Yliopisto.

Koponen, A. 2006. Sikiöaikana päihteille altistuneiden lasten kasvuympäristö ja kehitys. Kotu-tutkimuksia 5. Helsinki: Kehitysvammaliitto.

Koski-Jännes, A. 2004. In Search of a Comprehensive Model of Addiction. Teoksessa Rosenqvist, P., Blomqvist, J., Koski-Jännes, A. & Öjesjö, L. (toim.) *Addiction and Life Course*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 49–67.

Koski-Jännes, A. 2008. Johdanto. Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 7–15.

Kuhar, M. 2012. *The Addicted Brain. Why we abuse alcohol, drugs and nicotine*. Yhdysvallat: Pearson Education inc.

Kuusisto, K. 2004. Spontaani toipuminen alkoholiongelmasta. *Yhteiskuntapolitiikka*. 69 (6), 619–629.

Kuusisto, K. 2010a. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Väitöskirja.

Kuusisto, K. 2010b. Kolme toipumisreittiä. *Yhteiskuntapolitiikka* 75 (3), 330–334.

Lukens, E. P. & McFarlane, W. R. 2004. Psychoeducation as Evidence-Based Practise: Considerations for Practise, Research and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 4 (3), 205–225

Luoto, M. 2012. Ajattelun ote – Johdannoksi Merleau-Pontyn filosofiaan. Teoksessa Merleau-Ponty, M. 2012. *Filosofisia kirjoituksia..* Luoto, M. & Roinila, T. (toim. & suom.) Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo, 9–34.

Mantila, S. 2005. Kaksoisdiagnoosipotilaat päihde- ja mielenterveystyön haasteena. Hyvinvoinnin rakentajat -hanke. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank. B. 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. *Mediapinta*.

Marttila, H. 2008. Tärkeiksi muodostuneet kokemukset huume kuntoutujien tanssiterapiassa. *Fenomenologinen tapaustutkimus*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma.

Matela, K. & Väyrynen, S. 2008. Huumeongelmat. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. *Kuntoutus*. Toinen painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 226–234.

Mattson, M. 2013. Sjukgymnasti inom psykiatri och psykosomati - en specialitet växer fram. Teoksessa Biguet, G., Keskinen-Rosenqvist R. & Levy Berg A. (toim) Att förstå kroppens budskap - sjukgymnastik perspektiv. Tampere: Studenlitteratur. 35–62.

Miller, W. 2008. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 16–40.

Mäkelä, R. 1998. Hoitojärjestelmät. Teoksessa Salaspuro, M. Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Jyväskylä: Duodecim, 171–178.

Mäkelä, R. 2010. Alkoholiongelmat ja perhe. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 73–85.

Mäkelä, R. & Murto, L. 2013. Päihdehuollon palvelujärjestelmä. Teoksessa Peltoniemi, T. (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lundbeck, 91–97.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2004. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 15. uudistettu painos. Porvoo: WSOY

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. 2009. Trauma ja keho. Sensorimotorinen psykoterapia. Suom. Immo Pekkarinen. Oulu: Traumaterapiakeskus.

Peltoniemi, T. 2005. Suomalaisten lasinen lapsuus 1994 ja 2004. Tiimi 2/2005, 1–8.

Prochaska, J. O. & DiClemente C. C. 1986. Toward a comprehensive model of change. Teoksessa Miller, W. R. & Heather, N. (toim). Treating addictive behaviors. Plenum publishing corporation, 3–27.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Nocross, J. C. 1992. In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. American Psychologist 47 (9), 1102–1114.

Porges, S. 2007. The Polyvagal Perspective. Biological Psychology 74 (2), 116–143.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

Päihdekuntoutus. 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 2013. Luettu 5.5.2013. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/neuvoa-antavat-fi/paihdekuntoutus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/paihdekuntoutus)

Päihdepalvelut. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Päivitetty 30.11.2012. Luettu 5.5.2013. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/paihdepalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/paihdepalvelut)

Raento, P. & Tammi, T. 2013. Addiktio - ristiriitainen ja vaikutusvaltainen ilmiö. Teoksessa Tammi, T. & Raento, P. (toim.) Addiktioyhteiskunta. Riippuvuus aikamme ilmiönä. Helsinki: Gaudeamus Oy, 7–27.

Rose, M.K. 2010. Comfort touch. Massage for the elderly and the ill. Kiina: Lippincott Williams & Wilkins.

Roxendal, G. & Winberg, A. 2002. Levande människa. Basal kroppskänedom för rörelse och vila. Falköping: Natur och Kultur.

Ruckenstein, M. 2013. Raha ja addiktiot ajan syklisessä taloudessa. Teoksessa Tammi, T. & Raento, P. (toim.) Addiktioyhteiskunta. Riippuvuus aikamme ilmiönä. Helsinki: Gaudeamus Oy, 165–180.

Ruismäki, A. 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Tampereen Yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Väitöskirja.

Ruuska, A. & Sulkunen, P. 2013. Addiktiosairaus ja moraali: Lääketieteellisen alkoholiajattelun kehitys. Teoksessa Tammi, T. & Raento, P. (toim.) Addiktioyhteiskunta. Riippuvuus aikamme ilmiönä. Helsinki: Gaudeamus Oy, 28–50.

Saastamoinen, S. 2007. Kokemuksia ruumiintuntemusryhmästä A-klinikalla. Teoksessa Lähtenmäki M-L. & Jaakkola, R. (toim.) Psykofyysinen fysioterapia 2- Kehon tunteemisesta kehon ymmärtämiseen. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4., 70–78.

Saastamoinen, S. 2009. Experiencing the body as an instrument – not a machine. How the clients suffering from substance dependency are benefitting from B BAT? Basic Body Awareness Methodology 2007-2009. Faculty of Health and Social sciences. University of Bergen. Päätötyö.

Salasuo, M. 2013. Omistautuminen - tapa hallita mahdollisuuksien paljoutta. Teoksessa: Tammi, T. & Raento, P. (toim.) Addiktioyhteiskunta. Riippuvuus aikamme ilmiönä. Helsinki: Gaudeamus Oy, 106–124.

Selmo, S. 2010. Voimaa ryhmästä. Huumevieroituspotilaiden kokemuksia toiminnallisesta ryhmästä. Hoitotyön koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Silverton, S. 2013. Mindfulness. Tietoisien läsnäolon läpimurto. Vallankumouksellinen tapa kohdata kiire, stressi, ahdistus ja masennus. Helsinki: Schildts & Söderströms.

Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2013. Luettu 4.5.2013  
<http://www.psyfy.net/>

Suomen virallinen tilasto (SVT). Päihdetilastollinen vuosikirja 2013. Pääteet ja huumeet. [verkkojulkaisu] ISBN 978-952-302-013-9 Tampere: THL (viitattu 25.6.2014). Saantitapa  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110892/SVT\\_PTVK\\_2013\\_korjattu%2018.2.2014\\_verkko.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110892/SVT_PTVK_2013_korjattu%2018.2.2014_verkko.pdf?sequence=1)

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. Fysioterapia. 2006. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Tammi, T. & Raento, P. 2013. Addiktiot ajankuvana ja tiedollisena haasteena. Teoksessa: Tammi, T. & Raento, P. (toim.) Addiktioyhteiskunta. Riippuvuus aikamme ilmiönä. Helsinki: Gaudeamus Oy, 199–207.

Tapio, T. 2010. Rentoutusryhmän järjestäminen päihdekuntoutujille “Elämä ei ole vain taistelu, vaan se voi olla myös ruusuilla tanssimista”. Hoitotyön koulutusohjelma. Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Thombs, D. L. 2006. Introduction to Addictive Behaviors. Kolmas painos. New York: Guilford Press.

Tirkkonen, S. 2010. Musiikkirentoutuksen vaikutukset päihdepsykiatristen potilaiden kipuun. Fysioterapian koulutusohjelma. Savonia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi

Tuomola, P. 2012. Läheiset ja huume- ja lääkeriippuvuus. Teoksessa Huume- ja lääkeriippuvuudet. Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim). Saarijärvi: Duodecim. 145-151.

Vainio, A. 2009. Monihermovauriot, polyneuropatiat. Terveyskirjasto Duodecim. Päivitetty 22.1.2009. Luettu 1.8.2014.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00041](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00041)

Waldegren, T. 2012. Ångest och ångesthantering - et neurobiologiskt perspektiv. Teoksessa Biguet, G., Keskinen-Rosenqvist R. & Levy Berg A (toim.) Att förstå kroppens budskap - sjukgymnastika perspektiv. Tanska: Studentlitteratur, 303–316.

## LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun runko.

### TEEMAHAASTATTELU

Teemat ja apukysymykset

#### TAUSTATIETOJA

- kuinka kauan olet toiminut fysioterapeuttina?
- kuinka kauan olet työskennellyt päihdekuntoutujien kanssa?
- missä työskentelet päihdekuntoutujien parissa?
- psykofyysinen tausta?

#### FYSIOTERAPIA JA PÄIHDERIIPPUVUUS

- miten fysioterapiassa otetaan huomioon muutos päihderiippuvaisesta päihteettömäksi?
  - millainen on päihdekuntoutuja näkemyksesi mukaan?
- missä vaiheessa kuntoutusta fysioterapia on paikallaan?
  - vaiheiden tavoitteet?
- minkälaisiin asioihin pyritään vaikuttamaan?

#### MENETELMÄT JA TULOKSELLISUUS

- mitä menetelmiä käytät päihdekuntoutujien kanssa?
- minkälaisia vaikutuksia fysioterapialla on ollut?